



Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ceilândia – FCE

Jéssica Resende Aguiar

**Prevenção de Agravos e Redução da Mortalidade Materna por Meio da Consulta
Puerperal**

Brasília (DF), 15 outubro de 2012.

Jéssica Resende Aguiar

**Prevenção de Agravos e Redução da Mortalidade Materna por Meio da Consulta
Puerperal**

**Monografia apresentada à Faculdade de Ceilândia na
Universidade de Brasília, como requisito parcial para a
obtenção do título de graduada em Saúde Coletiva, Sob
orientação do Prof. Dr. Miguel Ângelo Montagner.**

Brasília (DF), setembro de 2012.

Sumário

Agradecimento.....	4
Resumo.....	5
Abstract	6
Listas de Tabelas.....	7
Listas de Gráficos.....	8
Listas de Siglas.....	8
Introdução.....	9
Revisão da Literatura.....	10
Ceilândia.....	18
Perfil Socioeconômico da População	18
Moradia	22
Saneamento Básico	23
Objetivos Gerais	24
Objetivos Específicos.....	24
Metodologia	25
Resultados e Discussão	26
Observações/ Experiência.....	40
Considerações Finais	42
Referências Bibliográficas:	44
APÊNDICES	46
APÊNDICE I -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	46
APÊNDICE II - Questionário	47
APÊNDICE III - Dados Pessoais.....	50

Agradecimento

Agradeço, primeiramente, a Deus e a minha família por me abençoarem, orientarem, me darem apoio, me ensinarem, por me ajudar e cuidar de mim durante toda minha vida, sem eles e Deus em minha vida, eu nada seria.

Em segundo lugar quero agradecer a todos os mestres que tive na minha vida, desde os professores que acompanharam minha vida escolar desde o pré-escolar, até o final de minha faculdade. Não tenho palavras para agradecer o quão sou grata por tudo que todos fizeram por mim, principalmente os professores que fui mais próxima e meus orientadores Miguel Ângelo Montagner e Inez Montagner, que me apoiaram, ajudaram em um dos momentos especiais da minha vida, por passar um pouco do vasto conhecimento que possuem e por me escutar durante toda a graduação.

Não poderia deixar de citar todos os meus amigos: Iasmine Lorena, Ítala Lopes, Camila Kaori, Julimar de Fátima, Caio Willian, Lídia Isabel, Lorrany Rosa, Renata Sousa e Larissa Mazépas; que me ajudaram durante toda minha vida acadêmica, pois também aprendi infinitamente com todos eles, e minha vida pessoal.

Ainda agradeço ao meu namorado e amigo Francisco Egidio por me ajudar durante todo o trabalho imprimindo meus questionários e pré-projetos, por me ajudar a organizar todos os questionários, por me apoiar mesmo quando achava que não iria conseguir e por ter paciência.

Por fim, gostaria de agradecer a todos os funcionários dos centros de saúde 02, 08 e 10, principalmente do último centro citado, por me receberem em seu espaço de trabalho e possibilitarem minha pesquisa.

Obrigado a todos por fazerem parte da minha vida e ajudarem a tornar possível esse trabalho e conseqüentemente minha graduação.

Resumo

O presente trabalho apresenta a evolução da preocupação com a mortalidade materna principalmente no Brasil, dando enfoque principalmente ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

Esse pacto prevê como ação estratégica a Primeira Semana: Saúde Integral. Essa estratégia preconiza a atenção da saúde da puérpera na primeira semana após o parto. Baseado nessa estratégia do pacto foi desenvolvido este estudo com as puérperas do Centros de Saúde nº 02,08 e 10 de Ceilândia a respeito da consulta puerperal.

O estudo busca saber se as mulheres que frequentam esse centro de saúde fizeram a consulta após o parto, como elas vem essa consulta, faz a relação entre o pré-natal e a consulta puerperal e por fim, sugere formas para que mais puérperas realizem essa consulta.

Palavras-chave: Redução da mortalidade materna, Consulta puerperal, Saúde materna, Revisão do parto, Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

Abstract

This paper presents the evolution of concern about maternal mortality especially in Brazil, focusing mainly the National Pact for the Reduction of Maternal and Neonatal Mortality.

This pact provides strategic action as the First Week: Integral Health. This strategy calls for the attention of the health of postpartum women in the first week after delivery. Based on National's strategy Pact for the Reduction of Maternal and Neonatal Mortality was developed this study with mothers Health Center N°. 02, 08 and 10 of Ceilândia about puerperal consultation.

The study seeks to find out whether women who frequent this health center made the visit after the birth, as they come this query, does the relationship between prenatal and postpartum consultation and finally suggests ways for more mothers realize this query.

Listas de Tabelas

Tabela 1 – Razão da Mortalidade Materna (RMM) por Região, nos Anos de 2008 – 2010 e Número da Mortalidade Materna por Região, nos Anos de 2008 – 2012.

Tabela 2 – Razão da Mortalidade Materna (RMM) no Distrito Federal, nos Anos de 2008 – 2010.

Tabela 3 – Número de Óbitos Maternos do Distrito Federal nos Anos de 2010 - 2012.

Tabela 4 – Domicílios ocupados segundo a condição de posse de bens - Ceilândia – Distrito Federal – 2010

Tabela 5 – **População segundo nível de escolaridade - Ceilândia - Distrito Federal – 2010.**

Tabela 6 – Número absoluto e percentual dos locais onde as mulheres realizaram o pré-natal.

Tabela 7 – Como foi a abordagem dos profissionais de saúde do pré-natal relacionado com a importância da revisão do parto em cada centro de saúde (%).

Tabela 8 – Número absoluto e percentual de mulheres que foram informadas da importância da revisão do parto em até sete dias.

Tabela 9 – Número absoluto e percentual das mulheres que realizaram a consulta puerperal vs. como foi a abordagem nas reuniões do pré-natal sobre a importância da consulta puerperal de cada centro de saúde.

Tabela 10 – Número absoluto e percentual de mulheres que realizaram a consulta puerperal em determinados prazos após o parto VS. Número absoluto e percentual de mulheres que foram informadas da importância da revisão do parto em até sete dias, dos CSC 10, 08 e 02.

Tabela 11 – Percentual de motivos pelos os quais as mulheres não realizaram a revisão do parto.

Tabela 12 – Número absoluto e percentual de mulheres que conseguiram marcar a consulta puerperal com facilidade, nos CSC 10, 08 e 02.

Tabela 13 – Avaliação dos aspectos da anamnese da consulta da puerperal nos CSC 10, 08 e 02.

Tabela 14 – Número absoluto e percentual de mulheres que iriam à consulta caso ela fosse marcada após o parto nos hospitais para um centro de saúde.

Listas de Gráficos

Gráfico I – Índice De Mortalidade Materna. Brasil E Macrorregiões 1996-2007.

Listas de Siglas

CODEPLAN – Companhia de Planejamento do Distrito Federal

CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

CSC – Centro de Saúde de Ceilândia.

DF – Distrito Federal

MS – Ministério da Saúde

OBM – Objetivos do Milênio.

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PDAD – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios

PNDU – Programa Nações Unidas para o Desenvolvimento.

PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia Saúde da Criança e da Mulher

RA – Região Administrativa

SHIS – Programa Habitacional da Sociedade de Habitação de Interesse Social

SM – Salário Mínimo

Introdução

De acordo com o **Manual dos comitês de mortalidade materna do Ministério da Saúde**, a “redução da mortalidade materna no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. As altas taxas encontradas se configuram como uma violação dos direitos humanos das mulheres e um grave problema de saúde pública” (Brasil, 2007).

Apesar da importância da consulta puerperal - também conhecida como consulta de revisão do parto, pouquíssimas mulheres procuram fazê-la como foi constatado na Pesquisa Nacional de Demografia Saúde da Criança e da Mulher (PNDS).

A partir de relatos dos profissionais do Centro de Saúde nº 08 de Ceilândia e dos dados PNDS (2009), constatou-se que apenas 39,2% das mulheres procuram o centro de saúde para fazer pelo menos uma consulta puerperal, embora essa consulta seja enfatizada nas reuniões do pré-natal.

Dessa forma, foi realizado um levantamento nos Centros de Saúde 02, 08 e 10 de Ceilândia para saber por que as mulheres não fazem essa consulta com até sete dias após o parto, se elas foram informadas da importância da consulta, qual a importância da consulta para elas, levantar propostas para aumentar o atendimento e melhorar a qualidade das consultas de puerpério e o que foi abordado nessas consultas.

Revisão da Literatura

A razão da mortalidade materna é um indicador tradicional da qualidade da saúde, pois se admite que o estado de saúde da população é influenciado pelo grau de desenvolvimento socioeconômico, cultural e tecnológico de uma nação ou sociedade (Calderon, 2006).

A mortalidade materna é decorrente de complicações diretas ou indiretas do parto, pós-parto ou puerpério (Laurenti, 2002). Não é considerada mortalidade materna o óbito por causas acidentais ou incidentais (Laurenti, 2000).

Os óbitos maternos diretos resultam da complicação que surgiram durante gravidez, parto ou puerpério, decorrentes de tratamentos incorretos, intervenções, omissões ou a uma cadeia de eventos associados a um desses fatores (IPEA, 2010).

Já a morte indireta são resultados de doenças preexistentes ou que se desenvolvem durante o período de gestação e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação, como problemas circulatórios e outros (IPEA, 2010).

No início da década de 80, a mortalidade materna não tinha tanta visibilidade como a mortalidade infantil. Essa importância passou a ser reconhecida pelas autoridades sanitárias após a *International Conference on Safe Motherhood*, realizada em 1987 em Nairóbi no Quênia. Nessa conferência a mortalidade materna passou a ser reconhecida como grave problema de saúde da mulher e saúde pública e atualmente é considerada um dos maiores desafios para o sistema de saúde público devido suas altas taxas de mortalidade materna (Laurenti, 2000).

Desde então, vários programas foram propostos em nível internacional, como o Plano de Ação Regional para Redução da Mortalidade Materna, da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), aprovado em setembro de 1990 pelos países americanos. Nele está bem explícita a meta de melhorar as condições de saúde da mulher, por meio do aumento da cobertura e da qualidade dos serviços de saúde reprodutiva (Laurenti, 2000).

Em 2000, os líderes mundiais assumiram o compromisso de alcançar os Objetivos do Milênio (OBM) por meio do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Os OBMs são um conjunto de oito metas com a intenção de melhorar a qualidade de vida e tornar o mundo mais justo (PNUD). Dentre os objetivos, está incluso o de melhorar a saúde materna, com a meta de reduzir em três quartos a mortalidade materna entre 1990 e 2015 (PNUD).

De acordo com a Política Assistência Integral à Saúde da Mulher (1984), as principais causas de morte materna são causas evitáveis como hipertensão arterial, hemorragias, infecção puerperal e aborto (Brasil, 2004). As causas destas doenças poderiam ser diagnosticadas precocemente proporcionando um tratamento mais eficaz ou acompanhadas na consulta puerperal.

De acordo com o 4º Relatório Nacional de Acompanhamento do OBM, a razão da mortalidade materna teve uma redução considerável, sendo que em 1990 eram 140 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, enquanto em 2007 reduziu para 75 óbitos por 100 mil nascidos vivos, representando uma redução de quase a metade, porém ainda inferior à meta. Para atingir a meta, o Brasil deverá reduzir a mortalidade materna e alcançar a razão da mortalidade materna igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos até 2015 (IPEA, 2010).

No Brasil, acompanhando a tendência de redução da mortalidade materna, é aprovado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em 2004. Esse pacto tem como objetivo articular os atores sociais para proporcionar a melhora da qualidade de vida de mulheres e crianças, na luta contra os elevados índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil (Brasil, 2004).

A meta do Pacto é a redução anual de 5% da mortalidade materna e neonatal para atingir os índices aceitáveis pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a médio e longo prazo (Brasil, 2004).

O índice aceitável para os países desenvolvidos varia entre quatro e dez e, no máximo, 12 a 15 mortes por cem mil nascidos vivos. Nos países subdesenvolvidos, esses valores excedem esses números, atingindo os níveis de oitenta a cem, no mínimo, por cem mil nascidos vivos (Laurenti, 2000).

Tabela 1 – Razão da Mortalidade Materna (RMM) por Região, nos Anos de 2008 – 2010 e Número da Mortalidade Materna por Região, nos Anos de 2008 – 2012.

Ano		Sul	Norte	Centro-oeste	Sudeste	Nordeste	Brasil
2008	Nº óbitos maternos	202	188	145	527	618	1.680
	Nº nascidos vivos	371.497	321.998	222.658	1.130.407	888.268	2.934.828
	RMM*	54,37	58,39	65,12	46,62	69,57	57,24
2009	Nº óbitos maternos	201	209	136	695	631	1.872
	Nº nascidos vivos	366.358	310.726	220.168	1.119.231	865.098	2.881.581
	RMM*	54,86	67,26	61,77	62,10	72,94	64,96
2010	Nº óbitos maternos	193	192	132	604	598,00	1.719
	Nº nascidos vivos	369.905	306.422	220.788	1.123.593	841.160	2.861.868
	RMM*	52,18	62,66	59,79	53,76	71,09	60,07
2011	Nº óbitos maternos	156	175	110	484	489,00	1.414
2012	Nº óbitos maternos	67	72	43	147	171	500

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC e SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - Julho de 2012.

*Cálculo da Razão da Mortalidade Materna = $\frac{\text{Número de óbitos maternos} \times 100.000}{\text{Número de nascidos vivos}}$ (ANS)

Correlacionado a tabela 1 com os dados da ANS (2012), que trata da RMM para países desenvolvidos e subdesenvolvidos, podemos perceber que apesar de estar com RMM no Brasil está menor que países subdesenvolvidos, que possuem essa taxa superior a 80 por 100

mil nascidos vivos, podendo chegar até 500 por mil nascidos vivos, porém, ainda estamos longe de alcançar a meta da OBM e as taxas dos países desenvolvidos, que é variam entre 4 e 15 por 100 mil nascidos vivos.

Considerando que 1990 a RMM de 140 óbitos por 100 mil nascidos vivos (IPEA, 2010), ao compará-la com 2010 (tabela 1) com a RMM de 52,18, podemos perceber que a RMM teve um grande avanço, pois ela diminuiu 53,64%.

Tabela 2 – Razão da Mortalidade Materna (RMM) no Distrito Federal, nos Anos de 2008 – 2010.

Ano	Distrito Federal	
2008	Nº de óbitos maternos	26
	Nº nascidos vivos	44.173
	RMM	58,85948
2009	Nº de óbitos maternos	24
	Nº nascidos vivos	43.932
	RMM	54,62988
2010	Nº de óbitos maternos	20
	Nº nascidos vivos	44.251
	RMM	45,19672

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC e SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - Julho de 2012.

*Cálculo da Razão da Mortalidade Materna = $\frac{\text{Número de óbitos maternos} \times 100.000}{\text{Número de nascidos vivos}}$ (ANS)

Por não existir dados de nascidos vivos dos anos 2011 e 2012 no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), foi montada a tabela 3, que mostra o número de óbitos maternos até junho desse ano (2012). Podemos perceber que nos primeiros meses, de janeiro a junho de 2011 e 2012, não houve muita diferença no total dos óbitos em relação com os anos de 2008 a 2010 e mesmo entre si, ou seja, aparentemente o óbito materno está estável nessa região.

Tabela 3 – Número de Óbitos Maternos do Distrito Federal nos Anos de 2010 - 2012.

Número de óbitos maternos no Distrito Federal			
Mês	2010	2011	2012
Janeiro	1	1	2
Fevereiro	5	0	3
Março	2	3	2
Abril	1	0	0
Mai	1	1	2
Junho	1	4	0
Julho	2	4	
Agosto	1	1	
Setembro	0	2	
Outubro	3	3	
Novembro	0	0	
Dezembro	3	2	
Total	20	21	9

Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - Julho de 2012

Uma ação estratégica de dar atenção à mãe e reduzir a mortalidade materna é a consulta puerperal, ou também conhecida como consulta de revisão do parto, que também é preconizado na Rede Cegonha (Brasil, 2012). O puerpério é compreendido como “o período do ciclo grávido-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher” retornam à situação do estado anterior ao da gravidez (Brasil, 2001). Inicia-se entre uma e duas horas após a saída da placenta e não tem o término previsto, pois enquanto a mulher amamentar (período de lactância), ela sofrerá modificações da gestação não retornando a normalidade dos ciclos menstruais (Brasil, 2001).

Além das alterações fisiológicas, o puerpério também engloba as mudanças/ adaptações psicológicas e comportamentais, devido ao estabelecimento das relações mãe-filho e familiares (Soares e Varela, 2007). A partir da chegada do bebê que desperta ansiedades e

alguns sintomas depressivos comuns, o bebê deixa de ser idealizado e passa a ser vivenciado como um ser real e diferente da mãe (Brasil, 2006).

As principais alterações emocionais relacionadas são: *baby blues* e depressão. O *baby blues* geralmente aparece no terceiro dia após o parto e dura aproximadamente duas semanas. Ele acomete entre 50 e 70% das puérperas com um estado depressivo brando e transitório, caracterizado pela fragilidade, hiperemotividade, alterações de humor, falta de confiança em si própria e sentimento de incapacidade (Brasil, 2006). A depressão apresenta-se menos frequente, manifestando-se entre 10 e 15% das puérperas, cujos sintomas são: perturbações de sono e apetite, decréscimo de energia, culpa excessiva, pensamentos de morte e ideação suicida, rejeição do bebê e outros (Brasil, 2006).

O puerpério pode ser dividido em três fases. A primeira fase é o puerpério imediato que compreende do 1º ao 10º dia após o parto; a segunda fase é o tardio compreendido do 11º ao 42º dia, e o remoto a partir do 43º dia (Brasil, 2001). O puerpério remoto tem o fim impreciso, dependendo da lactação e permeado pelos aspectos físicos, sociais e psicológicos relacionados à maternidade (*apud* Soares e Varela, 2007).

O puerpério remoto, para algumas referências teóricas, como o Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério (Brasil, 2005) não mais é considerado puerpério. Esse manual considera puerpério somente até o 42º dia (Brasil, 2005).

Considerando a importância desse período na vida da mulher, é necessário prestar-lhe uma atenção peculiar e específica, reconhecendo a individualidade, fatores psicológicos, além dos fatores fisiológicos e realizando um atendimento humanizado (Varela, 2007).

Durante o período gestacional a mulher é o centro das atenções, no entanto no pós-parto, a atenção é focada na criança (*apud* Soares e Varela, 2007). Apesar da notória importância da atenção puerperal, é evidenciado que ela ainda não está consolidada nos serviços de saúde. Embora a grande maioria das mulheres retorne ao serviço de saúde no primeiro mês, a principal preocupação da mãe, assim como a dos profissionais de saúde, é com a avaliação e vacinação do recém-nascido (Brasil, 2004).

Isso pode indicar que as mulheres não recebem informações suficientes dos profissionais de saúde para compreenderem a importância da consulta puerperal durante o pré-natal e após o parto no próprio hospital (Brasil, 2004).

Seria ideal que durante todo o período da gravidez e pós-parto a mulher fosse atendida de forma humanizada, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2001), humanizar o atendimento é a valorização da dimensão subjetiva e social no atendimento, onde

profissionais e pacientes estabeleceriam um vínculo, pois esses processos singulares, com uma experiência especial tanto para mulher quanto para seu parceiro e sua família, constituem uma das experiências humanas mais significativas e enriquecedoras para todos que participam desse período (Brasil, 2001).

Os médicos, técnicos de enfermagem, enfermeiros e técnicos de enfermagem que atendem a mulher, participam significativamente desse momento importante na vida dessas pessoas, como coadjuvantes dessa experiência e com um importante papel, ao colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do seu filho e realizando intervenções necessárias para assegurar a saúde de ambos. Porém, durante sua formação e atuação, os profissionais da saúde aprenderam a ver os processos relacionados à gestação, parto, puerpério e aborto como meramente biológicos, sobre os quais só aprenderam os procedimentos padrão, que são realizados como em uma linha de produção, sem uma análise crítica de cada caso, o que poderia evitar diversas complicações e intervenções desnecessárias durante esse período (Brasil, 2001).

O atendimento humanizado seria o reconhecimento da individualidade de cada pessoa, permitindo ao profissional estabelecer um vínculo com seu paciente e perceber suas necessidades e capacidade de lidar com os processos relacionados à gravidez. Também seria necessário que os profissionais permitissem que o vínculo entre médico-paciente gerasse alguma empatia, que fossem considerados os aspectos culturais e que as relações fossem menos desiguais e autoritárias (Brasil, 2001).

Baseado em tudo que foi discutido acima, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal do Ministério da Saúde (Brasil, 2004) e os Manuais do Pré-natal e Puerpério dos anos de 2005 e 2006 (Brasil) preveem como ação estratégica a denominada “Primeira semana: Saúde Integral”. Essa ação tem como meta a redução da mortalidade materna, pois intensifica o cuidado com a puérpera na primeira semana após o parto, período em que se concentram os óbitos (Brasil, 2004).

As ações contidas na Primeira Semana são: prevê ações de avaliação da saúde mental da mulher, vacinação, orientação e apoio ao aleitamento materno e para contracepção, reforçando vinculação da mulher à unidade básica de saúde (Brasil, 2005).

Essa atenção à mulher nos primeiros sete dias após o parto é fundamental para tratar e evitar complicações do parto, promover o aleitamento materno, orientar e promover o acesso ao planejamento familiar, avaliar o retorno às condições pré-gravídicas, avaliar a interação da mãe com o filho, entre outras (Brasil, 2005).

Segundo o Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério (Brasil, 2006), também do Ministério da Saúde (MS), na consulta puerperal o profissional de saúde deve fazer a anamnese da mulher nos seguintes aspectos:

- “Condições da gestação;
- Condições do atendimento ao parto e ao recém-nascido;
- Dados do parto (data, tipo de parto, se cesárea, qual a indicação);
- Se houve alguma intercorrência na gestação, no parto ou no pós-parto (febre, hemorragia, hipertensão, diabetes, convulsões, sensibilização Rh);
- Se recebeu aconselhamento e realizou testagem para sífilis ou HIV durante a gestação e/ou parto;
- Uso de medicamentos (ferro, ácido fólico, vitamina A, outros);
- Aleitamento (frequência das mamadas – dia e noite –, dificuldades na amamentação, satisfação do RN com as mamadas, condições das mamas);
- Alimentação, sono, atividades;
- Dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias, febre;
- Planejamento familiar (desejo de ter mais filhos, desejo de usar método contraceptivo, métodos já utilizados, método de preferência);
- Condições psicoemocionais (estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga, outros)” (Brasil 2005).

Já em relação à avaliação clínico-ginecológica, deve-se observar e avaliar os seguintes pontos:

- “Examinar mamas, verificando a presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação;
- Examinar abdômen, verificando a condição do útero e se há dor à palpação;
- Examinar períneo e genitais externos (verificar sinais de infecção, presença e características de lóquios);
- Verificar possíveis intercorrências: alterações emocionais, hipertensão, febre, dor embaixo ventre ou nas mamas, presença de corrimento com odor fétido, sangramentos intensos. No caso de detecção de alguma dessas alterações, solicitar avaliação médica imediata, caso o atendimento esteja sendo feito por outro profissional da equipe;
- Observar formação do vínculo mãe-filho” (Brasil 2005).

Baseado na anamnese acima foi montado o questionário para constatar se o que é preconizado pelo Ministério da Saúde acontece de fato nas consultas de revisão do parto.

Por fim, é importante contextualizar sobre a região, apresentando alguns dados históricos, sanitários e o perfil socioeconômico da população.

Ceilândia

Ceilândia é a Região Administrativa (RA) IX, situada a cerca de 26 quilômetros do Plano Piloto. É maior RA e com maior população do Distrito Federal (DF), com 230,30 km² e aproximadamente 600mil habitantes (Administração Regional de Ceilândia, 2012).

A ideia de nascimento de Ceilândia surgiu como uma solução para o problema das invasões no Plano Piloto ao longo da década de 60. Ela foi fruto da primeira Campanha de Erradicação das Invasões – CEI, sendo o seu nome derivado dessas iniciais com o sufixo “lândia” (Gonçalves, 2002; CODEPLAN 2007). As remoções para a nova RA começaram em 27 de março de 1971, determinando a data de sua fundação a partir da transferência de cerca de 80 mil moradores de favelas das Vilas do IAPI, Tenório, Esperança, Bernardo Sayão e Morro do Querosene (CODEPLAN, 2011).

Com a constante migração para o DF e a criação do Programa Habitacional da Sociedade de Habitação de Interesse Social – SHIS levou o governo a expandir a Ceilândia, criando novas áreas na RA. Entre 1976 e 1992 foram criadas as quadras QNO (também conhecida como Setor “O”), Guariroba, Setor “P” Sul, Setor “P” Norte, Expansão do Setor “O”, QNN, QNQ e QNR (CODEPLAN, 2011).

Atualmente a Ceilândia é compreendida pelos setores/quadras: “Ceilândia Centro, Ceilândia Sul, Ceilândia Norte, P Sul, P Norte, Setor O, Expansão do Setor O, QNQ, QNR, Setores de Indústria e de Materiais de Construção e parte do INCRA (área rural da região administrativa), setor Privê, e condomínios que estão em fase de legalização como o Pôr do Sol e Sol Nascente”, que são os mais novos setores da RA (CODEPLAN, 2011).

Perfil Socioeconômico da População

Em relação aos equipamentos domésticos essenciais como ferro elétrico, fogão e geladeira, são encontrados em grande maioria dos domicílios. Porém, nota-se uma grande participação do tanquinho elétrico (52,2%) nos domicílios, diferentemente das outras regionais de Brasília, que utilizam predominantemente a máquina de lavar. Já a máquina de secar se mostra um equipamento elitizado, aparecendo em 1,3% dos domicílios na região (CODEPLAN, 2011).

Na RA IX, 51,6% dos domicílios possuem pelo menos um carro, o que o CODEPLAN considera um percentual baixo comparado com as demais RAs do DF (CODEPLAN, 2011).

O telefone celular assim como a aquisição de microcomputadores vem crescendo em Ceilândia, sendo que a expansão da telefonia celular é principalmente na modalidade pré-pago, estando presente em 78,5% das residências com pelo menos uma linha. Em contrapartida, a modalidade pós-pago está presente em apenas 12,1% das residências (CODEPLAN, 2011).

A aquisição de microcomputadores teve um aumento de 26,2% entre 2004 e 2010/2011, sendo que 43,5% dos domicílios tem esse equipamento. Porém apenas 30,9% da população utiliza internet banda larga e 6,1% internet discada, a pesquisa não englobou outros tipos de internet e nem qual a parcela dos domicílios que não possuem acesso nenhum a internet (CODEPLAN, 2011).

Na tabela 4 podemos ver quais os equipamentos que a população possui, sendo que a posse de bens é diretamente ligada a renda domiciliar. Alguns equipamentos são altamente elitizados, como: ar condicionado, forno elétrico, filmadora, maquina de lavar louça, secadora de roupa e etc (CODEPLAN, 2011).

Os diversos meios de comunicação como assinatura de jornais (1,9%), assinatura de revistas (1,6%) e TV por assinatura (5,6%) são pouco utilizados nessa região.

Quanto a posse de outros imóveis, além daqueles que residem, cerca de 99,3% da população não possuem nenhum outro tipo de imóvel.

Um fator que expressa a condição socioeconômica da população é o número de domicílios que não utilizam do serviço de empregados domésticos (98,2%) e apenas 1,9% dos domicílios usufruem de serviços de diaristas.

O perfil de idade da população concentra-se entre 15-59 anos (64,3%) e até 14 anos de idade (24,5%), sendo 52% da população do sexo feminino e 48% do sexo masculino.

Essa população declara-se 56,8% ter cor parda/mulata, seguido por 39,2% que declaram-se ter cor branca, 3,1% pretos, 0,7% declaram-se amarelos e 0,2% tem origem indígena.

Tabela 4 – Domicílios ocupados segundo a condição de posse de bens - Ceilândia – Distrito Federal - 2010

Equipamento Doméstico	Não tem		Tem 1		Tem 2		Tem 3 ou mais		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Antena parabólica	93.591	88,3	12.397	11,7	49,0	0,0	-	-	106.037	100,0
Aparelho de som	37.093	35,0	65.416	61,6	3.136	3,0	392	0,4	106.037	100,0
Aparelho de DVD	23.912	22,6	77.568	73,1	3.675	3,5	882	0,8	106.037	100,0
Ar Condicionado	104.714	98,8	1.274	1,2	49,0	0,0	-	-	106.037	100,0
Batedeira elétrica	68.454	64,6	37.338	35,2	245	0,2	-	-	106.037	100,0
Circulador de ar/Ventilador	76.539	72,2	28.028	26,4	1.176	1,1	294	0,3	106.037	100,0
Energia solar	105.743	99,7	294	0,3	-	-	-	-	106.037	100,0
Ferro elétrico	5.684	5,4	97.315	91,8	2.695	2,5	343	0,3	106.037	100,0
Filmadora	98.050	92,5	7.742	7,3	245	0,2	-	-	106.037	100,0
Fogão	1.372	1,3	103.195	97,3	1.225	1,2	245	0,2	106.037	100,0
Forno elétrico	85.751	80,9	20.041	18,9	245	0,2	-	-	106.037	100,0
Forno de microondas	49.784	47	55.959	52,7	294	0,3	-	-	106.037	100,0
Freezer	89.867	84,8	15.778	14,9	343	0,3	49	0,0	106.037	100,0
Geladeira	3.038	2,9	100.892	95,1	1.911	1,8	196	0,2	106.037	100,0
Linha telefônica fixa	43.610	41,1	61.643	58,2	784	0,7	-	-	106.037	100,0
Liquidificador	7.938	7,5	96.482	91	1.470	1,4	147	0,1	106.037	100,0
Máquina de lavar roupa	40.915	38,6	64.093	60,4	1.029	1,0	-	-	106.037	100,0
Máquina de lavar louça	103.930	98	2.107	2,0	-	-	-	-	106.037	100,0
Máquina fotográfica digital	73.599	69,4	30.968	29,2	1.127	1,1	343	0,3	106.037	100,0
Microcomputador	59.977	56,5	44.492	42,0	1.372	1,3	196	0,2	106.037	100,0
Notebook	92.660	87,3	12.250	11,6	1.029	1,0	98	0,1	106.037	100,0
Rádio	65.906	62,1	38.465	36,3	1.176	1,1	490	0,5	106.037	100,0
Secadora de roupa	104.665	98,7	1.372	1,3	-	-	-	-	106.037	100,0
Sistema de segurança	105.106	99,1	931	0,9	-	-	-	-	106.037	100,0
Tanquinho elétrico	50.715	47,8	55.126	52	196	0,2	-	-	106.037	100,0
Telefone celular Pré-Pago	22.834	21,5	27.783	26,2	29.303	27,7	26.117	24,6	106.037	100,0
Telefone celular Pós-Pago	93.248	87,9	8.232	7,8	2.744	2,6	1.813	1,7	106.037	100,0
Televisão	9.408	8,9	63.750	60,1	24.598	23,2	8.281	7,8	106.037	100,0
Televisão plasma/LCD	93.199	87,9	11.711	11	931	0,9	196	0,2	106.037	100,0
Umidificador	104.714	98,8	1.323	1,2	-	-	-	-	106.037	100,0
Videocassete	98.981	93,3	6.762	6,4	294	0,3	-	-	106.037	100,0

Fonte: Codeplan – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - Ceilândia - PDAD 2010/2011

Na composição domiciliar, 26,6% dos habitantes são responsáveis pelos domicílios, sendo que 31,2% das mulheres e 68,8% dos homens são chefes de família. Enquanto cerca de 41% dos habitantes do domicílio são filhos, 13,7% são outros parentes como avós, tios, primos, entre outros morando com a família (CODEPLAN, 2011 e CODEPLAN, 2007).

Em relação à educação, da população geral da RA, 30,9% da população são estudantes, sendo que $\frac{3}{4}$ estudam em escola pública. Já em relação ao nível de instrução, apenas 3% da população se declaram analfabetos, maior parte da população (36,4%) tem

somente o primeiro grau incompleto e 4,5% concluíram o nível superior incluindo mestrado e doutorado.

Tabela 5 – População segundo nível de escolaridade - Ceilândia - Distrito Federal – 2010.

Nível de Escolaridade	Nº	%
Analfabeto (15 anos ou mais)	11.760	3,0
Sabe ler e escrever (15 anos ou mais)	7.595	1,9
Alfabetização de adultos	1.225	0,3
Maternal e creche	2.009	0,5
Jardim I e II/pré Escolar	14.161	3,6
Fundamental incompleto	144.847	36,4
Fundamental completo	28.910	7,3
Ensino médio incompleto	41.552	10,4
Ensino médio completo	80.459	20,2
Superior incompleto	20.727	5,2
Superior completo	15.631	3,9
Curso de especialização	2.156	0,5
Mestrado	245	0,1
Doutorado	147	0,0
Crianças de 6 a 14 anos não alfabetizadas	98	0,0
Não sabe	2.940	0,7
Menor de 6 anos fora da escola	23.912	6,0
Total	398.374	100,0

Fonte: Codeplan – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - Ceilândia - PDAD 2010/2011

Quanto aos benefícios sociais, 4,8% dos domicílios recebem bolsa família, 3,4% recebem bolsa escola, 2,8% utilizam o restaurante comunitário, 1,7% utilizam do benefício nosso pão e nosso leite e entre outro benefícios (CODEPLAN, 2011).

Já em relação aos planos de saúde, 80,9% não utilizam desse serviço e 18,6% possuem plano de saúde, sendo que 11% desses são planos empresariais. De acordo com a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN) (2011), esse dado é previsível dado a quantidade de domicílios de baixa renda localizados na Ceilândia.

No tocante a ocupação da população, 39,1% da população com mais de 10 anos tem atividade remunerada, 7,4% são aposentados, 44,1% não trabalham e os desempregados somam 4% da população em idade ativa. Entre os que trabalham, 33,3% desenvolve suas atividades no comércio, 11,5% em serviços gerais, 8,4% na administração pública do DF e etc (CODEPLAN, 2011).

Dos trabalhadores, 56,2% são empregados com a carteira assinada, 20,6% são autônomos, 12,3% não tem carteira assinada e, ainda 11,1% não contribuem para previdência privada (CODEPLAN, 2011).

A RA absorve $\frac{1}{3}$ dos seus trabalhadores, seguidos pela RA Brasília, com 29,7% e Taguatinga com 12% (CODEPLAN, 2011).

Do de Ceilândia 32,8% possui conta bancária e 2,8% possui poupança. Não foi detectado incidência de investimentos, o que de acordo com a CODEPLAN (2011), pode ser explicado pela renda não muito elevada da região.

De acordo com a CODEPLAN (2011), 74,9% da população destina o 13º salário ao pagamento de dívidas, ressaltando que nem todos os trabalhadores recebem o 13º salário.

A renda domiciliar média da população de Ceilândia, apurada na Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) 2011 é da igual a R\$2.407,00 correspondendo a 4,7 salários mínimos (SM) e a renda per capita é de R\$604,00 (1,2 SM). A distribuição da renda domiciliar bruta mensal, segundo as classes de renda, com base em múltiplos de salários mínimos, verifica-se que a mais expressiva é o agrupamento de dois até dez SM, concentrando a metade dos domicílios. Os que percebem acima de dez SM representam somente 8,4%. Já os que recebem até dois são nada menos que 37,2% SM (CODEPLAN, 2011).

Moradia

Por ser uma região consolidada, 98,8% das construções são permanentes, sendo o tipo de moradia predominante é casa, correspondendo a 95,6% do total das moradias. A média de moradores por domicílio urbano é de 3,76 pessoas (CODEPLAN, 2011).

Quanto ao total de cômodos por domicílios, 74,7% tem entre 5 e 8 cômodos e cerca de 12% são considerados os domicílios pequenos, com a quantidade de cômodos entre 1 e 4 (CODEPLAN, 2011).

O número de dormitórios por domicílio é considerado um indicador de qualidade de vida, principalmente quando relacionado com o número de moradores por habitação.

De acordo com a CODEPLAN (2011), os dados de dormitórios variam ao extremo, mostrando a desigualdade social da população da RA, por um lado, 1,1% dos domicílios não possuem dormitórios, por outro lado, 83,7% possuem dois ou mais dormitórios, constituindo

um bom resultado da relação entre número de dormitórios e número de moradores para essa maior parcela da população.

O número de banheiros por domicílio também é um indicativo de padrão de habitabilidade e se mostra semelhante ao número de dormitórios, já que 1,1% dos domicílios também não possuem banheiros, 15,2% possuem um banheiro e 44,6% possuem três ou mais banheiros (CODEPLAN, 2011).

Em relação à forma de ocupação, 70,3% dos domicílios são próprios, 22,6% são alugados e 6,9% encontram-se na condição de cedidos. Também deve-se levar em consideração que existem domicílios em terrenos não legalizados, encontrados principalmente no Condomínio Privê, Por do Sol e Sol Nascente (CODEPLAN, 2011).

O principal material utilizado na construção dos domicílios é a alvenaria (99,2%), tanto nas paredes internas quanto nas externas e também nas regiões não legalizadas. No piso utiliza-se com predominância a cerâmica (80,1%), seguido pelo piso de cimento (16,9%), mas também foi encontrado domicílios com o piso de terra batida (0,3%). Na cobertura é usado predominantemente o “fibrocimento/amianto” (60%), sendo que dentro das edificações que usam esse tipo de cobertura 13,3% tem cobertura com laje e o telhado de cerâmica é encontrado em apenas 22,8% dos domicílios (CODEPLAN, 2011).

De acordo com a CODEPLAN (2011), 54,4% dos moradores da região adquiriram seu imóvel com recursos próprios e 9,3% adquiriram por financiamento. Sendo que 41,6% desses tem como documentação de posse a escritura definitiva e 19,1% possuem contrato de compra e venda, esses se referindo as áreas não legalizadas.

Saneamento Básico

Um dos fatores relacionados à qualidade de vida e condição de saúde da população são os dados de saneamento básico.

Apesar de ser uma das regiões mais antigas do Distrito Federal, 17,6% dos domicílios de Ceilândia ainda não são atendidos pelo serviço de coleta de lixo, principalmente nas novas áreas da região, como Por do Sol e Sol Nascente. Esse lixo não coletado é jogado em local impróprio (1,3%, equivalente a 1.421 em números relativos), queimado ou enterrado (0,1%) e 16,2% tem outros destinos. Também é importante mencionar que nessa RA não acontece a coleta seletiva (CODEPLAN, 2011).

O abastecimento de água na Ceilândia é quase universalizado, pois atende a 99,8% da população. Em contrapartida 19,9% dos domicílios utilizam fossa séptica ou rudimentar (CODEPLAN, 2011).

Em relação ao consumo de água potável, constatou-se que 79,7% dos domicílios utilizam algum tipo de filtro, sendo o filtro utilizado com maior frequência o de barro (54,4%). Também há a inexistência de qualquer tipo de filtro em 12% dos domicílios, o que chama a atenção para as questões de saúde dessa parcela da população (CODEPLAN, 2011).

Quanto à estrutura das ruas, em 79,9% dos domicílios as ruas são asfaltadas, 78,2% possuem calçadas, 79,3% possuem meios fios, 95,4% possuem iluminação pública e 79,9% possuem rede de água pluvial disponibilizada. Sendo que a parcela dos domicílios não possui asfalto, meio fio, iluminação e rede de água pluvial se encontram principalmente nos Condomínios Por do Sol e Sol Nascente.

Objetivos Gerais

- Constatar se os aspectos de anamnese preconizados pelo Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério (2006) acontecem nas consultas puerperais;
- Entender a motivação das mulheres em procurar ou não o centro de saúde para o exame pós parto;
- Saber se as consultas puerperais estão seguindo os padrões determinados pelos manuais produzidos pelo Ministério da Saúde.

Objetivos Específicos

- Relacionar o pré-natal com a consulta de revisão do parto;
- Relacionar a marcação com a realização da consulta dentro do prazo especificado;
- Saber qual a importância dada à consulta em até sete dias para essas mulheres;
- Observar se as informações sobre a importância da consulta puerperal estão sendo passadas para as gestantes no pré-natal;
- Descrever os locais de pesquisa e os materiais informativos.

Metodologia

A metodologia aplicada foi quantitativa. O estudo foi realizado em três Centros de Saúde de Ceilândia (CSC), com 200 puérperas que procuraram o centro de saúde no período Maio a Julho de 2012, que aceitaram participar da pesquisa. A população de estudo foram as mulheres (mães) que procuraram os respectivos centros por diversos motivos como vacinação, marcação de consulta da criança, tirar os pontos ou marcação da consulta puerperal.

Selecionamos mulheres que procuraram o centro de saúde e que estavam no puerpério imediato, tardio ou até remoto, mas que tiveram filho no limite de até três meses. Foi escolhido esse período de até três meses após o parto pois assumimos que neste limite as mulheres ainda recordam das consultas de puerpério e do pré-natal.

O questionário elaborado, conforme APÊNDICE II, aborda a visão das pacientes quanto à importância da consulta pós-parto, por que ela não procurou fazer essa consulta dentro dos sete dias previstos, se elas foram informadas da sua importância pelos profissionais da saúde, se durante a anamnese foram observados todos os aspectos preconizados pelo Pacto na primeira semana.

A tabulação dos dados foi realizada pelo Epiinfo e Excel 2010. Cada CSC teve seus dados tabulados separadamente para melhor compreensão das especificidades de cada um deles. Após a tabulação foram levantados aspectos que podem ser melhorados para cada centro de saúde, visando aumentar a atenção as puérperas e diminuir os riscos de agravos e morte materna.

Os aspectos éticos desta pesquisa obedeceram a Resolução 196/96 da CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisas, de 1996). Aos participantes da pesquisa foi garantido o sigilo dos dados obtidos, não houve nenhum gasto financeiro de sua parte e tampouco remuneração de quaisquer espécies, os participante puderam desistir da pesquisa a qualquer momento e ter acesso aos resultados. Todos assinaram Termo de Consentimento Livre e esclarecido para realização da pesquisa, conforme APÊNDICE I.

Resultados e Discussão

Foram entrevistadas 200 mulheres nos três centros de saúde, sendo 40 no CSC 02, 60 no CSC 10 e 100 no CSC 08. Elas têm entre 15 e 42 anos de idade, com a média de 26,8 anos de idade e com dois filhos em média. Essas mulheres tinham entre 4 dias e 90 dias (três meses) passados do parto, com uma média de 40,74 dias passados do parto.

Com relação ao pré-natal, no CSC 02 todas as entrevistadas o realizaram, porém, ao longo da entrevista, 5% das mulheres alegaram não ter feito a reunião que tratava do assunto da consulta puerperal e outras 5% fizeram o pré-natal parcialmente, não comparecendo a somente uma ou nenhuma reunião do pré-natal.

No CSC 08, 3% das mulheres não realizaram o pré-natal. Das mulheres que realizaram o pré-natal, 8% alegaram ter feito o pré-natal parcialmente. Já no CSC 10, assim como no CSC 02, todas as mulheres realizaram o pré-natal, entretanto, 1,70% alegaram não ter feito a reunião que abordava a consulta e 3,39% alegaram ter feito o pré-natal parcialmente, não realizando todas as consultas ou não fazendo as reuniões.

Tabela 6 – Número absoluto e percentual dos locais onde as mulheres realizaram o pré-natal.

Onde realizou o pré-natal?						
	Centro 02		Centro 08		Centro 10	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
CSC 10	-	-	2	2,06	37	61,70
CSC 08	-	-	60	61,86	-	-
CSC 02	40	100	-	-	-	-
Outros centros de saúde	-	-	12	12,37	15	25
No alto risco do HRC	-	-	5	5,15	2	3,30
Rede privada	-	-	18	18,56	6	10
Total	40	100	97	100	60	100

A maioria das mulheres realizou o pré-natal no mesmo local onde foram entrevistadas, sendo que todas as entrevistadas do CSC 02 realizaram o pré-natal em tal CSC, no CSC 08 aproximadamente 62% realizaram no mesmo local e no CSC 10, 61,7% realizaram no próprio Centro de Saúde. Porém, podemos ver que geral os centros de saúde atendem uma região de abrangência maior que sua região adstrita. O mesmo não pode ser afirmado em relação ao CSC 02, pois só foi considerado, durante a pesquisa, as pessoas que realizaram são atendidas naquele CSC. Em relação às pessoas que fizeram seu acompanhamento no particular, elas só procuram os centros de saúde para vacinar seus filhos, não realizando nenhum tipo de acompanhamento neles.

Tabela 7 – Como foi à abordagem dos profissionais de saúde do pré-natal relacionado com a importância da revisão do parto em cada centro de saúde (%).

	CSC 10	CSC 08	CSC 02
Falaram mas não lembro	40,68%	29,29%	20,00%
Falaram que é importante fazer a consulta	1,70%	12,13%	2,50%
Não lembra se foi falado	5,08%	-	-
Não falaram	25,42%	39,39%	55,00%
Não fez a reunião sobre esse tema	1,70%	1,01%	5,00%
Pré-natal parcial	3,39%	9,09%	5,00%
Souberam falar alguma importância da consulta	22,03%	9,09%	10,00%
Falaram às vezes	-	-	2,50%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

Ao questionar como foi a abordagem dos profissionais de saúde em relação à consulta de revisão do parto, percebemos que, em geral, pouco se fala da consulta de revisão do parto e, quando se fala do assunto, as futuras mães não entendem a importância de realizar essa consulta, pois se preocupam mais com seu filho e com os cuidados que deverão ter com ele.

O CSC 10 foi o centro de saúde que teve as melhores resultados, apesar estar em uma fase de atendimento complexa, pois seu espaço físico está em reforma e todos os

atendimentos estão acontecendo junto ao CSC 02. As mulheres também referiram r mais essa consulta de retorno, ressaltando que a consulta era importante para saber dos cuidados durante o resguardo, para verificar se não tem inflamações, para fazer o planejamento familiar etc.

Entre as respostas dadas pelas entrevistadas de todos os centros de saúde, daquelas que souberam falar sobre a consulta, as respostas foram relativamente superficiais, em geral elas diziam que era para ver se tá tudo bem, para fazer o planejamento familiar e para ver se “ficou algum resto de parto”. Isto demonstra um entendimento pouco eficaz dos objetivos do retorno.

Tabela 8 – Número absoluto e percentual de mulheres que foram informadas da importância da revisão do parto em até sete dias.

Foi informada que o primeiro retorno ao Centro de Saúde devia ser em até sete dias após o parto?				
	Sim		Não	
	Frequência	%	Frequência	%
CSC 02	8	20%	32	80%
CSC 08	45	45,00%	55	55,00%
CSC 10	23	38,30%	37	61,7

Além da consulta ser pouco enfatizada pelos profissionais, eles ainda não informam ou informam erroneamente quantos dias após o parto elas devem retornar ao hospital. Isto acontece principalmente quando a entrevistada realizou o pré-natal em hospitais particulares, pois eles informaram que o retorno para tal consulta deveria acontecer somente ente 30 e 45 dias após o parto. Este período de 45 dias após o parto é considerado puerpério remoto, quando só acontecem alterações referentes à amamentação; para o Ministério da saúde esta fase não é considerada nem puerpério.

No Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério (Brasil, 2006) e no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (Brasil, 2004), preconiza-se fortemente que a consulta aconteça durante o puerpério imediato, em até sete dias após o parto, para que as intervenções sejam mais eficazes e para evitar o óbito materno que se concentram nesse período.

Tabela 9 – Numero absoluto e percentual das mulheres que realizaram a consulta puerperal relacionados à como foi a abordagem nas reuniões do pré-natal sobre a importância da consulta puerperal de cada centro de saúde.

Centro 10						
Realizou o Pré-natal?						
	Sim		Não		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Souberam falar alguma importância da consulta	8	13,56	5	8,47	13	22,03
Falava mas não lembro	11	18,64	13	22,03	24	40,67
Falou que é importante fazer a consulta	0	-	1	1,70	1	1,70
Não fez a reunião sobre esse tema	0	-	1	1,70	1	1,70
Pré-natal parcial	1	1,70	1	1,70	2	3,40
Não falaram	10	16,94	5	8,47	15	25,41
Não lembra se foi falado	1	1,70	2	3,39	3	5,09
Total	31	52,54	28	47,46	59	100,00

Centro de Saúde 08						
Realizou o Pré-natal?						
	Sim		Não		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Souberam falar alguma importância da consulta	5	5,05	4	4,04	9	9,09
Falara mas não lembro	15	15,15	14	14,14	29	29,29
Falou que é importante fazer a consulta	7	7,07	5	5,05	12	12,12
Não fez a reunião sobre esse tema	0	-	1	1,01	1	1,01
Pré-natal parcial	2	2,02	7	7,07	9	9,09
Não falaram	12	12,12	27	27,28	39	39,40
Total	41	41,41	58	58,59	99	100

Centro de Saúde 02						
Realizou o Pré-natal?						
	Sim		Não		TOTAL	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Souberam falar alguma importância da consulta	1	2,50	5	12,50	6	15,00
Falara mas não lembra	2	5	5	12,50	7	17,50
Falaram às vezes	0	-	1	2,50	1	2,50
Não fez a reunião	0	-	2	5	2	5,00
Pré-natal parcial	0	-	2	5	2	5,00
Não falaram	5	12,50	17	42,50	22	55,00
TOTAL	8	20,00	32	80	40	100

Em todos os centros de saúde o número de mulheres que realizaram a consulta de revisão do parto foi muito aquém do esperado. O único CSC que teve uma porcentagem acima de 50% foi o número 10; mesmo assim não este número não é aceitável, já que os restantes 47,76% das mulheres não realizaram tal consulta que é fundamental para prevenção de agravos, tratamento mais eficaz e redução da mortalidade materna nesse período.

A falta de informação sobre a consulta pode ser o motivo para essas mulheres não procurarem o centro de saúde para realizá-la. Somando-se as porcentagens das pessoas que não fizeram a consulta e que de alguma forma não foram informadas, chega-se a 52,5% no CSC 02, 35,36% no CSC 08 e 13,56% no CSC 10.

Tais dados confirmam que a falta de informação ainda faz com que muitas mulheres não realizem a consulta. Por não ter acompanhado as reuniões de pré-natal não posso afirmar que essa informação não foi passada pelos profissionais, pois a mulher pode não se lembrar, não ter ido à consulta, a informação pode ter sido dada com linguagem técnica, de forma que a mulher não compreendeu, ou, ainda, ela ter desconsiderado tal informação e focado apenas nos cuidados que deve ter com o recém-nascido.

O caso do CSC 02 é diferente dos demais, as consultas de revisão do parto até cerca de junho praticamente não estavam acontecendo porque o centro não tinha a enfermeira designada para a sala da mulher. Para não deixar a sala sem funcionamento, a gerência do CSC 02 deslocou a enfermeira da sala da criança para cuidar de ambas. Essa falta de profissionais, que não deveria acontecer de forma alguma, prejudicou substancialmente a consulta puerperal que praticamente não aconteceu nesse centro de saúde: apenas 20% das entrevistadas conseguiram realizar a revisão do parto e mesmo assim, nenhuma dentro do prazo estipulado de 7 dias, como podemos ver na tabela 9.

Durante as entrevistas, várias mulheres, atendidas pelo CSC 02, diziam que tentavam marcar a consulta, mas não conseguiam porque não tinha vaga ou diziam a ela que a consulta só poderia acontecer em um período diferente do que ela se encontrava. Por exemplo, diziam para uma puérpera imediata que só poderia realizar a consulta entre 30 e 45 dias após o parto e para uma puérpera tardia diziam que só poderia acontecer com até 10 dias após o parto. Os próprios profissionais responsáveis pela sala da mulher davam explicações desencontradas para não realizar a consulta.

Tabela 10 – Número absoluto e percentual de mulheres que realizaram a consulta puerperal em determinados prazos após o parto vs. número absoluto e percentual de mulheres que foram informadas da importância da revisão do parto em até sete dias, dos CSC 10, 08 e 02.

CSC 02					
Foi informada que o primeiro retorno ao Centro de Saúde devia ser em até sete dias após o parto?	Quanto Tempo Após o Parto Foi Realizada a Consulta Puerperal				
	No prazo de 7 dias (%)	Após 7 dias (%)	Um mês (%)	Dois meses ou mais (%)	TOTAL (%)
Não	-	50	37,5	-	87,5
Sim	-	0	12,5	-	12,5
TOTAL	-	50	50	-	100
CSC 08					
Foi informada que o primeiro retorno ao Centro de Saúde devia ser em até sete dias após o parto?	Quanto Tempo Após o Parto Foi Realizada a Consulta Puerperal				
	No prazo de 7 dias (%)	Após 7 dias (%)	Um mês (%)	Dois meses ou mais (%)	TOTAL (%)
Não	-	14,29	21,42	2,38	38,09
Sim	14,29	40,48	4,76	2,38	61,91
TOTAL	14,29	54,77	26,18	4,76	100

CSC 10					
Foi informada que o primeiro retorno ao Centro de Saúde devia ser em até sete dias após o parto?	Quanto Tempo Após o Parto Foi Realizada a Consulta Puerperal				
	No prazo de 7 dias (%)	Após 7 dias (%)	Um mês (%)	Dois meses ou mais (%)	TOTAL (%)
Não	9,09	21,21	12,12	-	42,42
Sim	18,18	36,36	3,04	-	57,58
TOTAL	27,27	57,57	15,16	0	100

A Tabela 10 mostra que nos CSCs 10 e 08, apesar de saberem que o primeiro retorno deve ser com até sete dias após o parto, as mulheres não realizam dentro do prazo. No CSC 02 pouco foi informado sobre esse período, apenas 12,5% foram informadas e consequentemente as mulheres não realizaram a consulta no prazo, suponho que essa informação não deve ter sido passada devido à falta de profissionais na sala da mulher para realizar tal consulta.

As mulheres também não conseguiram realizar a consulta dentro do prazo estipulado devido à quantidade de dias que esperam entre a marcação e o dia da consulta. A espera teve uma média de aproximadamente nove dias nos centros CSC 10 e 02 e no CSC 08 de 9,5 dias, sendo o período mínimo de espera zero dias e o máximo 30. Considerando esse período, é impossível conseguir fazer a consulta dentro do período preconizado em diversos casos, já que a mulher procura o centro de saúde para marcar a consulta com alguns dias passado do parto e ainda espera por cerca de nove dias para realizar a consulta.

Uma forma de estimular as mulheres a realizar tal consulta dentro do prazo seria reservar algumas vagas da marcação de consulta para encaixar essas mulheres quando elas procurarem o Centro de Saúde. Assim, elas conseguiriam uma vaga para até dois dias depois e realizariam a consulta dentro do prazo pré-determinado pelo MS.

Ao questionar as mães sobre qual é a importância da consulta para elas, 42,5% entrevistadas do CSC 02 responderam que não sabem. Já nos CSC 10 e 08, para essa mesma resposta obteve-se, respectivamente, 25% e 34%. Dados como esses, justificam o número reduzido de mulheres que não realizam tal consulta, pois as mães, que seriam as beneficiadas, não sabem dizer o porquê essa consulta é importante.

Entre outras respostas, foram apontadas como importantes os seguintes elementos: saber se está tudo bem; prevenir; saber como estão os pontos; realizar o planejamento familiar; diagnosticar infecções e tratar precocemente e esclarecer dúvidas; ver como está à saúde de mulher; entre outras respostas. Em geral, a mulher sabia dizer apenas um ponto, desconsiderando os demais aspectos e mostrando certo desconhecimento sobre aspectos importantes da consulta.

Por essas mulheres terem uma média aproximada de dois filhos, algumas delas deveriam ter realizado pelo menos uma consulta puerperal e pré-natal, além do realizado na última gravidez. Dessa forma, a lógica seria que ela conheceria a consulta pós-parto e saberia de sua importância, mas o que aparenta é que nas outras gravidezes elas não realizaram tal consulta ou ela pode não ter tido a informação de sua importância.

Uma forma de informar a mulher seria criando um cartão da gestante semelhante ao cartão da criança e do adolescente ou um livreto contendo informações importantes para as gestantes, relacionadas à sua gravidez, parto, puerpério, cuidados com o bebê e diversos outros fatores importantes. No apêndice 3 se encontra um exemplo dos textos e assuntos que devem conter no cartão, bastando apenas inserir os dados médicos que constam atualmente no cartão da gestante.

Mesmo com o cartão da gestante diferenciado, ainda seria fundamental que, antes da mulher ser liberada do hospital onde ocorreu o parto, os profissionais da saúde, de forma resumida, relembassem a importância de realizar a consulta e estimulasse a mulher a realizá-la.

Tabela 11 – Percentual de motivos pelos quais as mulheres não realizaram a revisão do parto.

Por qual motivo não realizou a consulta puerperal	Centro 02		Centro 08		Centro 10	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Por dificuldades na marcação de consulta	4	12,90	6	10,30	2	7,40
Porque não tinha como vir ao posto	1	3,20	8	13,80	-	-
Porque não tinha com quem deixar o bebe	-	-	-	-	1	3,70
Porque achei que não era necessário	5	16,10	2	3,40	4	14,80
Porque estava de cama	-	-	1	1,70	-	-
Outros	21	67,70	41	70,70	20	74,10
Total	31	100	58	100	27	1

Em relação ao motivo pelos os quais as mulheres não realizaram a consulta, obteve-se várias explicações.

No CSC 02 opção outros teve várias respostas, dentre elas: foram informadas que a consulta deveria acontecer entre 30 e 45 dias após o parto (28,57%); não sabiam que tinha que fazer a consulta (19,05%); porque não sabia o prazo de sete dias (9,52%); estava internada (9,52%); esqueceu a consulta (4,76%); estava de mudança (4,76%).

No CSC 08 as respostas foram: foram informadas que a consulta deveria acontecer entre 30 e 45 dias após o parto (14,29%); não sabiam que tinha que fazer a consulta (20%); porque não sabia o prazo de sete dias (14,29%); porque estava esperando a consulta do bebê

para ir ao centro de saúde só uma vez (2,86%); estava doente (2,86%); não pude comparecer a consulta (2,86%).

Já o CSC 10 teve como respostas: foram informadas que a consulta deveria acontecer entre 30 e 45 dias após o parto (30%); não sabiam que tinha que fazer a consulta (20%); porque não sabia o prazo de sete dias (10%); porque nunca deu certo (5%).

Mais uma vez os dados corroboram que as mulheres que não realizam a consulta puerperal principalmente por falta de informação.

Tabela 12 – Número absoluto e percentual de mulheres que conseguiram marcar a consulta puerperal com facilidade, nos CSC 10, 08 e 02.

Teve facilidade para marcar a consulta?				
CSC	Sim		Não	
	Frequência	%	Frequência	%
Centro 02	6	75%	2	25%
Centro 08	36	83,70%	7	16,30%
Centro 10	30	90,90%	3	9,10%

Das entrevistadas que realizaram a consulta puerperal, apenas 25% (CSC 02), 16,30% (CSC 08) e 9,10% (CSC 10) delas afirmaram ter dificuldades na marcação de consulta.

Apesar dos problemas enfrentados pelo CSC 02 no período da pesquisa, ele teve um desempenho melhor do que era esperado, apenas 25% das mulheres alegaram ter dificuldades na marcação, embora essas consultas estivessem acontecendo em menor grau durante esse período.

Embora não haja dificuldades para marcação na sala da mulher, deve se considerar que a consulta é marcada para depois do prazo dos sete dias, muitas vezes chegando a uma espera de 30 dias pela consulta, o que é uma controvérsia em no gráfico acima, pois as mulheres em geral tem facilidade para marcar a consulta, porém ao avaliar a facilidade/acesso à consulta, não consideram o período que irão esperar por ela.

Tabela 13 – Avaliação dos aspectos da anamnese da consulta da puerperal nos CSC 10, 08 e 02.

Aspectos Preconizados	CSC 02		CSC 08		CSC 10	
	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)
Condições da gestação	62,50	37,50	61,9	38,10	72,70	27,30
Dados do parto	75	25	83,30	16,70	90,90	9,10
Se houve alguma intercorrência na gestação, no parto ou no pós-parto	37,50	62,50	50,00	50,00	66,70	33,30
Uso de medicamentos durante a gravidez	50	50	57,10	42,90	60,60	39,40
Aleitamento	75	25	81,00	19,00	90,90	9,10
Alimentação, sono, atividades	50	50	54,80	45,20	51,50	48,50
Dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias, febre	75	25	64,30	35,70	63,60	36,40
Planejamento familiar	62,50	37,50	71,40	28,60	66,70	33,30
Como está o estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga, outros	50	50	28,60	71,40	27,30	72,70
Foi realizado exames de mama	37,50	62,50	31,00	69,00	30,30	69,70
Foi realizado exames de abdômen;	50	50	35,70	64,30	37,50	62,50
Foi realizado exames no períneo e genitais externos	37,50	62,50	14,30	85,70	21,20	78,80
Foi questionado se há alguma dúvida ou queixa	75	25	28,60	71,40	51,50	48,50

Apesar da especificidade em cada atendimento, aspectos como os levantados na tabela 13 devem ser “investigados” pelos profissionais da saúde para avaliar as modificações

fisiológicas, psicológicas, locais e sistêmicas provocadas pela gravidez no organismo da mulher (Brasil, 2001; Soares e Varela, 2007).

A tabela 13 mostra quais os aspectos de anamnese preconizados pelo Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério do MS (2005) não são realizados de forma integral e em todos os atendimentos da prática. Podemos ver que os aspectos não são realizados em todas as consultas. Os exames de mama, abdômen, períneo e genitais externos e exames voltados para o lado psicológico da mãe são os que menos acontecem na prática em todos os CSC.

Seria recomendado que os profissionais conhecessem a importância da consulta e enfatizassem-na de forma compreensível e utilizando poucos termos técnicos, para que todas as mulheres fossem bem informadas. Para que os profissionais conheçam mais a consulta, para saberem informar as mulheres sobre sua importância e para realizá-la de forma adequada, seria fundamental que conhecessem o Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério (Brasil, 2005).

Voltando para os aspectos relacionados à satisfação da consulta, no CSC 02, 75% delas consideraram a consulta boa, sem definir o que elas consideraram bom, 12,5% acharam a consulta desnecessária e 12,5% não gostou da consulta e alegou que nada foi examinado.

No CSC 10, 39,39% das gostaram da consulta, 9,09% acharam a consulta boa, 6,06% acharam a consulta legal e 30,3% não gostaram da consulta, alegaram que a consulta foi muito rápida, não olharam nada e não examinaram a inflamação. Os outros 15,16% acharam a consulta interessante, proveitosa e etc.

Já no CSC 08, 30,9% acharam a consulta boa ou gostaram da consulta, 4,76% acharam a consulta boa, porém ainda tinha que melhorar, 9,5% acharam a consulta normal, 45,2% não gostaram da consulta alegando que não examinaram nada, que a consulta é muito rápida, inespecífica, que foi um descaso total, que o médico não fez nada, entre outras alegações.

Os relatos dos pacientes que falam que o médico não examinou, não olhou, relataram descaso com a paciente; isto tudo mostra que não há humanização nas consultas, principalmente no CSC 08, onde 45,2% das entrevistadas não gostaram da consulta. Isto pode repercutir para futuras gravidezes, pois a mulher poderá não realizar a consulta imaginando que será da mesma forma e não terá utilidade.

Como o próprio MS afirma no “Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada” (2001) deve-se mudar a relação médico-paciente que acontece atualmente, pois esta relação frequentemente foi determinada pela forma da graduação, para um atendimento humanizado. Esta passagem não pode ser determinada por manuais, pois é uma mudança de atitude

pessoal, de foro íntimo. Apesar disso, recomenda-se que todos os profissionais de saúde conheçam o documento do MS, pois nele a humanização é preconizada e é um direito de toda pessoa ter um atendimento digno.

Tabela 14 – Número absoluto e percentual de mulheres que iriam à consulta caso ela fosse marcada após o parto nos hospitais para um centro de saúde.

Se a consulta de revisão de parto fosse marcada no hospital depois do parto, você compareceria a consulta?				
	Sim		Não	
	Frequência	%	Frequência	%
Centro 02	38	95%	2	5%
Centro 08	93	93,90%	6	6,10%
Centro 10	57	95%	3	5%

A melhor solução para estimular a presença na consulta seria marcando essa consulta previamente no hospital, sendo que essa que a paciente só teria alta quando a consulta estivesse marcada, para que todas marcassem a consulta, e essas consultas seriam marcadas dentro do período preconizado pelo MS. Das mulheres que confirmaram que retornariam, 3% das entrevistadas do CSC 08, 3,33% do CSC 10 e 2,5% do CSC 02 ainda colocaram uma condição para ir à consulta, apenas se conseguissem andar ou se tivesse condição.

Como mostra a tabela 14, cerca de 6% das mulheres não compareceriam a consulta. Os motivos dados para não comparecer foram: porque fazem acompanhamento no particular, porque achou desnecessário ou falou que dependia do parto. O penúltimo caso mostra o quanto é importante que a consulta seja bem feita, que haja um atendimento humanizado para que em outros casos ou na próxima gravidez a mulher retorne ao centro de saúde para fazer o acompanhamento. No último caso, mais uma vez vemos o quanto existe a falta de informação, pois a consulta é importante em qualquer tipo de parto.

Atualmente, a possibilidade da marcação ocorrer no próprio hospital já está mais acessível, já que a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal já está informatizando todo o sistema de marcação de consultas, seria apenas o caminho inverso da marcação, já que no hospital marcaria a consulta para o CS.

Observações/ Experiência

A pesquisa foi aplicada entre Maio e Julho de 2012, em todos os CSC busquei ficar perto das salas da criança e da vacina principalmente, mas também procurei a sala da mulher para entrevistar as mulheres, porém a maioria dos questionários foi aplicada com mulheres que se encontravam nas duas primeiras salas citadas procurando atendimento ou a vacinação para o filho, o que confirma o que o Ministério da Saúde (2005) afirmou, que nesse período a mulher tende a se preocupar mais com o filho do que consigo.

Durante a pesquisa notei que a população atendida por todos os CSC é pouco instruída e de baixa renda, em geral, essas mulheres vão acompanhadas principalmente pelo marido ou da mãe ao CSC, principalmente quando vão realizar a consulta puerperal ou da criança. Pelo fato da mulher está acompanhada e a pesquisa ter sido realizada nos corredores dos CSC, algumas mulheres ficaram mais tímidas ao responder o questionário, seria necessário que as mulheres fossem entrevistadas sozinhas em salas reservadas.

Também observei que na consulta puerperal, a mãe entra na consulta sozinha, assim, o médico não poderia observar a relação mãe-filho durante a consulta e nem observar a amamentação para orientar a mãe, aspectos preconizados pelo o Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério (Brasil, 2005).

Ao começar a aplicação do questionário, percebi que alguns termos e até perguntas do questionário, as mulheres não entendiam, então para facilitar a aplicação do questionário reelaborei as perguntas durante a aplicação, usando termos acessíveis e de fácil compreensão. Na pergunta 13, nos três tópicos que tratam dos exames, foi necessário reformular, pois as mulheres não compreendiam o que era abdômen, períneo e genitais externos, por isso, perguntava se foi realizado o exame na barriga - indicando a região para a mulher, e nos órgãos sexuais ou região íntima por fora ou externos.

Ainda na questão 13, quando indagava a mulher, perguntando se o médico perguntou como está o seu estado de humor, preocupações, desânimos e fadiga, a mulher demonstrava que esses aspectos não tinham nada relacionado com uma consulta puerperal e ginecológica.

Na questão número cinco, reformulei completamente a questão, que passou a ser “nas reuniões de pré-natal foi falado da importância da consulta de revisão do parto?”, caso as mulheres dissessem que sim, perguntava o que foi falado.

Quando as mulheres não tinham sido informadas da importância da revisão do parto e não sabia dizer nenhuma importância, eu as orientava após ou durante o questionário, falando a importância da consulta e estimulando a mulher a fazer a consulta.

No período que fiquei nos CSC, presenciei alguns episódios que demonstravam a falta de conhecimento da população em relação à falta de conhecimento de aspectos importantes relacionados à saúde.

Um dos primeiros episódios que presenciei foi um casal que estavam brigando porque a mãe da criança estava levando o filho para se vacinar, e o pai achava que isso era errado, que ia “judiar” do filho, pois iam furar o bebê. A discussão durou pouco tempo, a mãe ignorou o escândalo que o pai fez dentro do CSC e foi vacinar o filho, enquanto o pai se recusou a compactuar com a vacinação da criança. Durante toda a discussão os funcionários do CSC continuaram seu trabalho como se nada tivesse acontecendo, apesar de não concordar com o que o homem estava falando, ninguém tomou a frente para explicar a importância da vacinação em uma criança, até porque o homem estava muito alterado.

Ao entrevistar uma mulher que tinha mais de dois filhos, ela relatou que “a consulta era esclarecedora”, pois o médico informou a ela, que durante o resguardo não poderia ter relações sexuais. Somente após vários partos a mulher descobriu que não poderia ter relações, sendo que tal informação deveria ser passada durante o pré-natal (Brasil, 2006).

Outro caso que presenciei foi no primeiro dia da campanha de vacinação contra paralisia infantil de junho. Nesse dia, fui entrevistar uma mulher, que estava com um bebê com dias de nascido, porém ela era a tia da criança, ela alegou que a mãe não estava nada preocupada com a saúde dela ou a da criança, que ela não tinha feito o pré-natal e muito menos iria ao CSC para vacinar a criança, que os parentes que levavam a criança para a vacinação como estavam fazendo naquele dia. Após esse fato, imaginei que as mulheres que não fazem o pré-natal, pouco procuram os CSC para fazer uma revisão do parto, vacinar o filho ou para alguma outra intervenção de saúde. Baseado nisso surge a importância da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), já que o agente de saúde tem a função de criar um vínculo entre a comunidade e serviços de saúde (Secretária de Saúde de Curitiba). Se tal estratégia já estivesse em vigor, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) acompanhariam a mulher durante a gravidez, realizariam a marcação do pré-natal e também a marcação da consulta puerperal e a primeira consulta da criança logo após o parto, estimulando a mulher a se preocupar com sua saúde e a do seu filho.

A Rede Cegonha prioriza a ação das visitas domiciliares à mãe e ao recém-nascido, na primeira semana após a realização, no plano de ação: puerpério e atenção integral à saúde da criança (Brasil, 2012).

Como citei durante os resultados, percebi que ao questionar as mulheres se elas tinham feito o pré-natal, apesar de não fazer o número de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2005), que seriam no mínimo seis consultas, elas diziam ter feito o pré-natal. Porém, no questionário eu não inseri uma pergunta que buscava saber quantas consultas de pré-natal elas realizaram e nem pude ter acesso aos prontuário das pacientes.

Além da análise dos prontuários para observar o número de consultas de pré-natal e outros aspectos, também seria necessário que em pesquisas relacionadas ao puerpério acompanhassem as consultas e reuniões de pré-natal, para avaliar o que é falado sobre o puerpério, se a linguagem é compreensível para as mulheres, e após as reuniões, entrevistar a mulher perguntando o que ela entendeu sobre o tema, para avaliar também como é a compreensão do que informado. Seria ideal que a pesquisa não fosse realizada apenas nas unidades de saúde, para tentar entrevistar mulheres que não realizaram o pré-natal e entender a motivação dela em não realizar esse acompanhamento e a consulta puerperal.

Considerações Finais

O trabalho mostra que o número de mulheres que realiza a revisão do parto ainda é reduzido e que tanto as mulheres como os profissionais de saúde desconhecem a importância dessa consulta. Também mostra que poucas mulheres realizam essa consulta dentro do prazo de sete dias estipulado pelo Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal porque elas não conseguem marcar a consulta dentro do prazo estipulado ou ainda por desconhecimento do prazo. O período de espera pelas consultas é entre 9 dias, sendo que no CSC 02 nenhuma das mulheres realizaram a revisão dentro do prazo; no CSC 08 14,29% delas realizaram dentro do prazo e; por fim, o CSC 10 teve a maior porcentagem, sendo 27,27% das mães realizaram a consulta.

Para os centro de saúde captarem mais puérperas e diminuir o índice de mortalidade materna, apresento algumas soluções e recomendações. Como recomendações apresentadas durante o pré-natal elencamos fazer a abordagem da importância da revisão do parto em até sete dias em todas as reuniões, em mais de uma consulta e não deixar esse tema para ser

abordado apenas na última consulta, para que caso alguma mulher faltasse, elas não perderiam uma informação relevante.

Outra recomendação foi que o hospital também reafirmasse essa importância junto às mães. Seria ideal que existisse um cartão da grávida ou um livreto para elas lerem, recordarem a importância da revisão do parto e diversos outros fatores relacionados à gestação, parto e puerpério. Dessa forma elas recordariam ou se informariam sobre assunto e poderiam procurar o centro de saúde no prazo adequado.

Já no pós-parto, uma recomendação para o centro de saúde seria reservar vagas de consulta para as puérperas, para que elas não fiquem muitos dias aguardando e mantenham o prazo e vincular a consulta puerperal com a consulta da criança, como é preconizado na Rede Cegonha (Brasil, 2012).

Também seria necessário que houvesse a conscientização do médico quanto à importância da avaliação da cirurgia, dos aspectos relacionados à saúde mental e emocional da puérpera, também a conscientização a respeito da revisão do parto em até uma semana.

Uma estratégia muito eficaz seria delegar ao hospital a responsabilidade pela marcação da consulta imediata após o parto, a se realizar no centro de saúde mais próximo da casa ou aquele apontado no prontuário da mulher.

Durante a pesquisa constatei que entre 93% e 95% das mulheres entrevistadas compareceriam a essa consulta pré-agendada devido à facilidade ou pela obrigação. Seria importante que essa fosse marcado a consulta da criança no mesmo dia, para assegurar que a mulher compareceria ao centro de saúde.

Referências Bibliográficas:

- 1- __. **Conheça a Ceilândia – RA XI**. Disponível em: <<http://www.ceilandia.df.gov.br/>>. Acesso em: 10 de outubro de 2012.
- 2- __. **Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde –ACS**. Secretária de Estado de Saúde de Curitiba. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/assistencia/atencao-basica/estrategia-de-agentes-comunitarios-de-saude>>. Acesso: 18 de outubro de 2012.
- 3- Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Taxa de Mortalidade Materna**. Dimensão “Atenção à Saúde” – 3ª fase.
- 4- BRASIL. **Assistência Integral À Saúde Da Mulher: Bases De Ação Programática**. Ministério da Saúde - Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. Pp. 20-23.
- 5- BRASIL. Área Temática Saúde da Mulher. Secretaria Municipal da Saúde – COGest. Nº 01 - Abril/2004. São Paulo.
- 6- Brasil. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.
- 7- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** - manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- 8- Brasil. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- 9- BRASIL. **Pacto Nacional Pela Redução Da Mortalidade Materna E Neonatal**. Ministério da Saúde. 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35197>. Acesso: 12 de junho de 2011.
- 10-Brasil. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- 11- Brasil. **Plano de Ação da Rede Cegonha**. Secretaria de Estado do Distrito Federal. Brasília, 2012.
- 12- Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 13- Brasil. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5).
- 14- CALDERON, Iracema de Mattos Paranhos; CECATTI, José Guilherme and VEGA, Carlos Eduardo Pereira. **Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]. 2006, vol.28, n.5, pp. 310-315.
- 15- DIAS, M. A. S, PERILLO, R. D. **Mortalidade materna - importância e estratégias de intervenção**. Revista Eletrônica Mensal da SMSA-PBH. Edição nº 05. 2002.

- FLEISCHER, Soraya. **Uso e circulação de medicamentos em um bairro popular urbano na Ceilândia, DF**. Saúde soc. [online]. 2012, vol.21, n.2, pp. 410-423.
- Gonçalves, Paula Renata. **As Cidades Satélites de Brasília: um resgate histórico**. 2002. Disponível em: <http://vsites.unb.br/ics/sol/itinerancias/bsb/historico/c_satelites.pdf>. Acesso em: 10 de outubro de 2012.
- 16-** Governo Do Distrito Federal. **Coletânea de Informações Socioeconômicas - Região Administrativa Ra IX – Ceilândia**. Companhia de Planejamento do Distrito Federal – CODEPLAN. Brasília, 2007.
- 17-** Governo Do Distrito Federal. **Domicílios Precários na Baixa Renda do Distrito Federal – 2009**. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano, Habitação e Meio Ambiente – SEDUMA. Companhia de Planejamento do Distrito Federal – CODEPLAN. Brasília, 2010.
- 18-** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório Nacional de Acompanhamento**. – Brasília: IPEA, 2010.
- 19-** LAURENTI, Ruy; MELLO-JORGE, M. Helena P. e GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. **Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna**. Cad. Saúde Pública. 2000, vol.16, n.1, pp. 23-30.
- 20-** LAURENTI, Ruy. **Mortalidade materna nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento**. Rev. Assoc. Med. Bras. 2002, vol.48, n.1, pp. 6-7.
- 21-** Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Sobre a PNUD**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/SobrePNUD.aspx>>. Acesso em 08 de agosto de 2012.
- 22-** Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Melhorar a Saúde Materna**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/ODM5.aspx>>. Acesso em 08 de agosto de 2012.
- 23-** SOARES, Cristiane, VARELA, Vanessa Delfes Jacques. **Assistência da Enfermagem no Puerpério em Unidade de Atenção Básica: Incentivando o Autocuidado**. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis - SC, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE I -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

A Senhora está sendo convidada a participar do projeto: Análise da Consulta Puerperal como a Melhor Forma de Prevenir Agravos e Diminuir a Mortalidade Materna.

O objetivo desta pesquisa é: Analisar e compreender as motivações das mães para realizar a consulta de revisão do parto em até sete dias após o parto, saber se elas sabem da importância dessa consulta, se esse tema é abordado nas consultas de pré-natal e ainda se essa consulta está adequada aos manuais produzidos pelo Ministério da Saúde.

A senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através de um questionário (ou entrevista) que a senhora deverá responder nos centros de saúde da Ceilândia na data combinada com um tempo estimado para sua realização: 20 min. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário (ou entrevista). Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a Senhora pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhora.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dr. Miguel Ângelo Montagner, na instituição Universidade de Brasília, telefone: 61-8142-4277, das 8 às 18 horas.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

APÊNDICE II - Questionário

1- Qual a sua idade? _____

2- Quanto tempo se passou desde o parto? _____

3- Realizou o pré-natal?

Sim () Não ()

4- Onde realizou o pré-natal:

() No centro de saúde CSC 08;

() No centro de saúde CSC 10;

() No centro de saúde CSC 02;

() Outros centros de saúde;

() No alto risco do hospital da Ceilândia;

() Rede privada.

5- Como foi a abordagem dos profissionais de saúde nas reuniões do pré-natal quanto à importância da revisão do parto ou retorno ao CS após o parto?

6- Você foi informada que o primeiro retorno ao Centro de Saúde devia ser em até sete dias após o parto?

Sim () Não ()

7- Você procurou o centro de saúde para uma consulta de revisão do parto?

Sim () Não ()

8- Se sim: Quantos dias após o parto?

() no prazo de 7 dias

- () Após 7 dias
- () Um mês
- () Dois meses ou mais

9- Se não, por qual motivo?

- () Por dificuldades na marcação de consulta
- () Porque não tinha como vir ao posto
- () Porque não tinha com quem deixar o bebe;
- () Porque achei que não era necessário
- () Porque estava de cama
- () Outros: _____

10- Você teve facilidade para marcar a consulta?

Sim () Não ()

11- Quantos dias você esperou entre a marcação e a data da consulta? _____
dias

12- Qual a importância, em sua opinião, da consulta após 7 dias do parto?

13- Na consulta de revisão do parto foram avaliados ou perguntados os seguintes aspectos:

- () Condições da gestação;
- () Dados do parto (data; tipo de parto; se cesárea, qual a indicação);
- () Se houve alguma intercorrência na gestação, no parto ou no pós-parto (febre, hemorragia, hipertensão, diabetes, convulsões, sensibilização Rh);
- () Uso de medicamentos (ferro, ácido fólico, vitamina A, outros);
- () Aleitamento (frequência das mamadas – dia e noite –, dificuldades na amamentação, satisfação do RN com as mamadas, condições das mamas);
- () Alimentação, sono, atividades;

- () Dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias, febre;
- () Planejamento familiar;
- () Como está o estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga, outros;
- () Foi realizado exames de mama;
- () Foi realizado exames de abdômen;
- () Foi realizado exames no períneo e genitais externos;
- () Foi questionado se há alguma dúvida ou queixa;

14- O que você achou da consulta de revisão do parto?

15- Se a consulta de revisão de parto fosse marcada no hospital depois do parto, você compareceria a consulta? Se não, por quê?

- () Sim
- () Não

16- Quantos filhos: _____

APÊNDICE III - Dados Pessoais

Nome: _____

Data de Nascimento: __/__/____

Endereço: _____

Bairro: _____ **Telefone:** _____

Unidade de Saúde onde realiza o Pré-natal? _____

Nome e telefone de uma pessoa para avisar em caso de emergência:

Data Provável do Parto: __/__/____ **Número de Filhos:** _____

Fator RH: _____

Estou grávida!

Este é um momento especial na sua vida e na vida das pessoas próximas a você.

No seu corpo ocorreram transformações físicas e emocionais que vão influenciar no seu dia-a-dia. Pode sentir alegria, tristeza, ter dúvidas e medos. É preciso reconhecer essas mudanças para vivê-las de forma ativa e saudável, com harmonia e prazer. Neste período é importante aumentar seus conhecimentos sobre higiene, alimentação e sobre quais são os cuidados especiais, inclusive porque existem preconceitos que devem ser desmistificados.

Porque fazer o Pré-Natal?

O pré-natal é muito importante para o acompanhamento da gestação, orientação e esclarecimento de dúvidas da mulher sobre as diversas alterações que ocorrem no seu corpo durante a gravidez e sobre o desenvolvimento do seu bebê. É realizado por profissionais de saúde e deve ser iniciado, de preferência, nos três primeiros meses da gestação.

Em todas as consultas, os profissionais de saúde verificam o peso da gestante e sua altura, estado nutricional, pressão arterial, tamanho da barriga, batidas do coração do bebê. Se necessário, orientam sobre o uso de medicamentos. Observam, entre outras coisas, se há inchaços (edemas) no corpo da gestante e se ela já tomou as vacinas necessárias até o momento. Além disso, solicitam exames como:

- Grupo sanguíneo e fator Rh (quando não realizado anteriormente)
- Coombs indireto, se necessário (caso tenha Rh negativo)
- Eritrograma: para determinar se há anemia
- Glicemia de jejum: para detectar diabetes
- Urina I e urocultura: para detectar infecções
- Sorologias: VDRL, anti-HIV (**CONFIDENCIAL E VOLUNTÁRIO**), sorologia para toxoplasmose, rubéola, hepatite B
- Citologia oncológica (preventivo ginecológico)
- Ultra-sonografia
- Entre outros exames.

Essas e diversas outras ações e exames permitem identificar necessidades para promover a saúde da gestante e de seu bebê. Diversas doenças e complicações podem ser descobertas e tratadas precocemente graças ao pré-natal e aos exames realizados nesse

período, como por exemplo o diabetes, a pressão alta e as anemias são doenças que a mulher pode ter antes de engravidar ou desenvolver durante a gravidez. Mulheres com diabetes, pressão alta ou anemia falciforme e alguns outros problemas de saúde têm gestações consideradas de risco e precisam de cuidados especiais.

Importância da Vacinação

A vacinação a mulher grávida é de extrema importância, pois a vacinação oferece proteção (imunização) tanto a mãe quanto ao bebê. As vacinas oferecidas à gestante são:

- **Difteria e Tétano (dT):** caso a gestante não tenha tomado a vacina, ela irá tomar 3 doses com intervalo de no mínimo 30 e no máximo 60 dias. Caso já tenha feito a 3ª dose a mais de 5 anos, a gestante receberá a vacina de reforço, essa vacinação deve ser feita com no mínimo 20 dias da data provável do parto.

- **Hepatite B:** Caso a mulher não tenha realizado as 3 doses da vacina, ela deverá procurar o Centro de Saúde e receber a vacina após o primeiro trimestre de gravidez.

- **Influenza Sazonal:** Deve ser tomada por todas as gestantes, pois é uma vacina anual.

Alimentação durante a gestação

Manter uma alimentação saudável durante toda gestação é muito importante. Para manter a alimentação saudável é necessário:

- Fazer pequenas refeições, várias vezes ao dia, com alimentos variados como: milho, aveia, arroz, feijão, verduras, legumes, frutas, leite, iogurte, queijos e carnes;

- Evite beliscar e pular refeições;

- Mastigue bem os alimentos, coma devagar e evite ingerir líquidos durante a refeição;

- Evite os alimentos que contribuem para o ganho de peso, como frituras, gordura animal, banha, manteiga, creme de leite, bolachas recheadas, salgadinhos, refrigerantes, sucos artificiais e doces;

- Consuma cereais e farinhas integrais que são ricos em fibras e ajudam a prevenir a prisão de ventre;

- Beba leite e coma queijo, pois ajudam a formar os ossos e os dentes do bebê.

- Prefira alimentos naturais e integrais;

- Prefira alimentos da sua região e da época porque são mais baratos e frescos;

- Evite consumir alimentos que contenham excesso de açúcar, sal, gorduras e com aditivos químicos;
- Consuma carnes magras, como carne de boi, peixes, carne de frango (sem pele), fígado e ovo cozido;
- Coma diariamente feijões (soja, lentilha, grão de bico, ervilha);
- Beba bastante água, mais que normalmente;
- Beba sucos de frutas, água de coco, entre as refeições.

Ácido fólico

É uma vitamina do complexo B, fundamental no início da gestação para evitar malformações congênitas.

Fontes: folhas verde-escuras, ervilha, feijões, laranja, germe de trigo, nozes, pão integral, ricota, iogurte.

Ferro

A anemia é comum na gravidez. Por isso é importante ter uma alimentação rica em ferro associada a complementação de medicamentos.

Fontes: carnes, feijões, folhas verde-escuras. Para melhorar o aproveitamento do ferro da refeição, sempre consumir uma fruta rica em vitamina C.

Tome os comprimidos com água ou suco e não com leite ou café.

Cálcio

É um mineral importante para a formação dos ossos e dentes do bebê.

Fontes: leite, iogurte, queijo.

Álcool, Cigarro e Drogas

Durante a gestação não é indicado ingerir bebidas alcoólicas, fumar e usar nenhum tipo de drogas, pois álcool e algumas outras drogas podem fazer seu bebê nascer com baixo peso e outros problemas de saúde.

O cigarro também é prejudicial para o crescimento do bebê dentro do útero e, após o nascimento, pode prejudicar o seu desenvolvimento. Também é importante evitar o contato com a fumaça.

Dúvidas

Tintura de cabelo, alisantes e onduladores: durante a gestação não é indicado usar estes produtos acima, pois eles contêm amônia e benzeno, que podem ser absorvidas pelo couro cabeludo e fazer mal ao bebê. Dê preferência a hena, que é um tipo natural de tinta.

Estrias: prevenir as estrias, que são comuns na gravidez. Você pode massagear a barriga com hidratante e, se tiver dúvidas, pergunte na consulta.

Manchas de pele: prevenir as manchas de pele, que são muito comuns na gravidez, protegendo-se do sol usando bonés ou chapéus e protetor solar, mesmo se o tempo estiver nublado.

Banho de sol: sempre que possível, tomar banho de sol pela manhã, antes das 10 horas, expondo os seios, é importante para preparar-se para amamentar. Use sutiã.

Dormir de bruços: não machuca o bebê.

Raio X: Grávida pode tirar raio X durante toda a gestação. É só proteger a barriga com um avental especial.

Tombos: Pequenos tombos e escorregões quase nunca representam risco para o bebê. Ele está protegido pela bolsa d'água.

Como Abaixar-se: Para apanhar alguma coisa no chão, abaixe-se com o joelho dobrado, sem forçar a coluna.

Desejos de comer coisas estranhas: Vontade de comer coisas estranhas é comum. Não há risco de o bebê nascer com problemas se o desejo não for satisfeito.

A mulher que já fez cesariana pode ter parto normal: Nenhuma gravidez é igual a outra. Os partos também são diferentes.

Lavar a cabeça: A mulher pode e deve tomar banho e lavar a cabeça, desde o primeiro dia depois do parto.

O bebê não provoca rachaduras quando arrota no bico do peito da mãe.

Remédios: Se você estiver amamentando, só tome remédios com prescrição médica. Não tome remédios sem consultar o médico ou a enfermeira que acompanha seu pré-natal

Tratamento dentário: A grávida pode e deve tratar os dentes. A anestesia não faz mal para o bebê em nenhum momento da gravidez.

Manter relações sexuais durante a gravidez prejudica o bebê? O sexo durante a gravidez não só é saudável quanto recomendável. As mulheres grávidas podem e devem manter a rotina sexual com o parceiro. Em nenhum momento, o bebê sofre qualquer ameaça durante o ato sexual, pois ele está bem protegido dentro do útero materno. Caso o médico recomende abster-se das relações sexuais em algum período da gestação devido a fatores de risco, use a criatividade.

Quais são os meus direitos durante a gravidez e após o parto?

A Constituição Federal de 1988 e a CLT garantem os direitos às gestantes citados abaixo.

Direitos do Trabalho

Se você **trabalha fora de casa**, com **registro em carteira**, você tem direito à garantia de emprego e à licença-maternidade.

- Você tem direito a 120 dias de licença-maternidade, com recebimento de seu salário.
- A partir do dia em que confirmar sua gravidez e até cinco meses depois do parto, você tem estabilidade no emprego e só pode ser demitida por justa causa. Ou seja, se houver uma razão justa, você pode ser despedida mesmo grávida ou enquanto estiver em licença-maternidade. Mas, se você quiser, a qualquer momento, você tem o direito de pedir demissão do emprego.
- Se o parto acontecer antes da data, você ainda tem direito aos 120 dias de licença.
- Você não perde o direito ao salário-maternidade se o bebê nascer morto, ou se ele morrer durante a licença-maternidade.
- Se você abortou e não provocou o aborto, comprovando com atestado médico, você tem direito a duas semanas de salário-maternidade, que deve ser requerido na Agência da Previdência Social.

- Sempre que você for às consultas de pré-natal ou ir realizar algum exame necessário ao acompanhamento de sua gravidez, solicite ao serviço de saúde uma declaração (atestado) de comparecimento. Apresentando este documento a sua chefia, você terá a falta justificada no trabalho.

- Você tem o direito de mudar de função ou setor no trabalho, caso o mesmo possa provocar problemas para a sua saúde ou a do bebê. Para isso, apresente à gerência um atestado médico comprovando que você precisa mudar de função.

Amamentação

- Para amamentar seu filho você tem direito a dois descansos especiais, de meia hora cada, durante sua jornada, até seis meses de idade. Ou você pode escolher sair uma hora mais cedo.

Licença-Paternidade

- O trabalhador registrado tem direito a cinco dias de licença-paternidade, contados a partir do nascimento do seu filho.

Tenho direito a acompanhante no parto?

- Você tem direito a ter uma pessoa de sua escolha para ficar acompanhando você durante o trabalho de parto, no parto e logo após o nascimento, no serviço de saúde.

Diretos ao Pré-natal

- Se você desconfia que esteja grávida, procure a Unidade Básica de Saúde de sua abrangência para confirmar a gravidez e iniciar o acompanhamento de pré-natal.
- O pré-natal pode lhe assegurar uma gestação saudável e um parto seguro.
- Você tem direito a fazer pelo menos seis consultas durante toda a gravidez.
- Caso deseje ou precise, você pode levar uma pessoa de sua confiança nas consultas do pré-natal.

Direitos Sociais

- Em várias instituições públicas e privadas, existem guichês e caixas especiais com prioridade nas filas para atendimento a gestantes. Procure informações no próprio estabelecimento.

- Não aceite agressões físicas ou morais por parte de estranhos, de seu companheiro ou de familiares. Caso isso aconteça, procure uma delegacia, preferencialmente a delegacia da mulher do município, para prestar queixa.

Quais são meus deveres durante a gravidez e após o parto?

Assim como a mulher tem diversos direitos, ela também possui deveres que buscam o bem estar da mãe e da criança que está em sua barriga. Os deveres da gestante são:

- Comparecer às consultas agendadas, incluindo a de pós-parto.
- Fazer todos os exames que forem solicitados.
- Seguir corretamente as orientações da equipe de saúde quanto à medicação prescrita, alimentação, cuidados de higiene, vacinas, entre outras.

O que você pode sentir nos três primeiros meses?

Você pode sentir	Como melhorar
Muito sono e tontura	Procure repousar mais, durma no mínimo 8 horas por dia. Evite fazer mudanças bruscas de posição e deitar-se de cabeça para baixo
Vontade de fazer xixi muitas vezes	Não prenda o xixi. Se junto com a vontade de fazer xixi você tiver dor ou ardor, procure a unidade de saúde, pois você pode estar com infecção urinária
Muita saliva	Tente engolir a saliva ao invés de cuspi-la. Beba água nos intervalos das refeições, em pequenas quantidades, várias vezes ao dia
Enjôo	Procure comer em pequenas quantidades e várias

	<p>vezes ao dia. Mastigue bem os alimentos. No momento do enjôo, dê preferência a alimentos mais secos, como torradas, biscoitos de sal.</p> <p>Evite sentir cheiros e sabores muito fortes, além de alimentos muito quentes, pois podem provocar mais enjôo.</p> <p>Evite passar mais de três horas sem se alimentar.</p>
--	--

Procure a unidade de saúde se tiver:

- Vômitos muito freqüentes e fortes
- Cólicas muito fortes e freqüentes
- Sangramento pela vagina
- corrimento escuro
- muito inchaço nos pés, nas pernas e no rosto
- dor ou ardor ao fazer xixi
- dor de cabeça forte e visão embaralhada.

O que acontece no quarto, quinto e sexto meses da gravidez?

Que fase boa. Os enjoos melhoraram. Você sente seu bebê se mexendo e todos percebem que você está grávida, pois sua barriga está crescendo. Seu bebê já tem sobranceiras e cílios, mexe as mãos, dá chutes e faz caretas. Ele também ouve os barulhos do lado de fora da barriga, soluça e até abre e fecha os olhinhos.

Nesta fase, o seu peso aumenta mais. Acompanhe seu ganho de peso para mantê-lo adequado. Em todas as consultas, devem ser verificados o seu peso e sua pressão arterial. Deve ser escutado o coração do bebê e a sua barriga deve ser medida.

Você pode sentir	Como melhorar
Azia e má digestão	<p>Faça pequenas refeições várias vezes ao dia, mastigando bem os alimentos.</p> <p>Evite alimentos gordurosos ou muito doces e com temperos fortes e picantes, além de café e</p>

	refrigerantes. Beba bastante água entre as refeições. Evite deitar logo após as refeições.
Hemorroidas e prisão de ventre	Consuma alimentos ricos em fibras como: feijões, cereais integrais, frutas com casca, legumes e vegetais crus. Evite temperos picantes e doces concentrados. Beba bastante água entre as refeições. Faça exercícios físicos apropriados para gestantes.
Gases	Faça exercícios físicos apropriados para gestantes.
Cãibras	Faça massagens e aplique calor no local. Aumente o consumo de água e alimentos ricos em potássio (laranja, banana, feijões, verduras e legumes), cálcio e vitamina B1 (leite, carnes e cereais integrais)
Dores nas costas	Espreguice e estique a coluna.
Varizes	Faça pequenas caminhadas e descanse com as pernas para cima. Isto vai melhorar a circulação.

O que acontece no sétimo, oitavo e nono meses da gravidez?

Está chegando o momento. Você deve estar pensando no bebê e em como vai ser o parto. Fale sobre isto nas suas consultas e com o seu companheiro, familiares e amigos.

No início desta fase, seu bebê já está quase do jeitinho que vai ser ao nascer e começa a ganhar peso.

Continue acompanhando e controlando o seu ganho de peso. Procure consumir alimentos saudáveis. Evite alimentos com muito açúcar, gorduras, sal e aditivos químicos.

Beba bastante água no intervalo das refeições.

As mamas já estão preparadas para a amamentação. Nos últimos meses da gravidez, pode começar a sair um líquido amarelado, chamado colostro, que vai alimentar e proteger seu bebê nos primeiros dias de vida.

O útero já está se preparando para o parto. Você pode sentir um endurecimento na barriga, que é parecido com as contrações do parto.

Neste período, serão pedidos novos exames de sangue e de urina. Faça-os.

Os profissionais de saúde que a acompanham devem informá-la sobre a data provável do parto e, também, qual o serviço de saúde onde você vai ter o bebê.

Lembre-se de voltar à unidade de saúde para tomar as doses da vacina contra o tétano que ainda estejam faltando.

Você pode sentir	Como melhorar
Angústia, agonia	Caminhe e respire mais fundo e devagar. Se possível, converse sobre suas preocupações com o seu companheiro, familiares ou profissionais de saúde que a acompanham. Falar sobre seus sentimentos e ser escutada pode trazer-lhe mais tranquilidade e confiança.
Dificuldade para dormir e falta de ar	Deite de lado, principalmente do lado esquerdo, com um travesseiro entre as pernas.
Cansaço	Descanse algumas vezes durante o dia e procure não fazer grandes esforços.
Digestão difícil	Coma pouco de cada vez e não deite depois das refeições. Evite líquidos nas refeições
Inchaço nos pés e canelas	Descanse com as pernas para cima. Pergunte aos profissionais de saúde que a acompanham sobre o uso de meias elásticas.

Procure a unidade de saúde se:

- A pressão estiver muito alta;

- Sentir tonturas, dores de cabeça constantes com sangramento do nariz;
- O bebê parar de se mexer por mais de 12 horas;
- Tiver sangramento ou perda de líquido (água);
- Sentir muita sede, muita fome ou muita vontade de urinar;
- Tiver dor ou ardor ao urinar;
- Tiver contrações fortes, dolorosas e frequentes.

É importante que você faça o pré-natal até o final da gravidez

Quais são os sinais de parto?

Tampão mucoso: É um sinal que pode ocorrer até 15 dias antes do trabalho de parto. Caracteriza-se pela saída, através da vagina, de uma secreção esbranquiçada, tipo catarro.

Contrações uterinas: São contrações dolorosas do útero, com intervalos regulares de cinco em cinco minutos, que determinam a dilatação do colo do útero para a saída do bebê.

Ruptura da bolsa d'água: É o rompimento da bolsa d'água que envolve o bebê dentro do útero. Você perceberá a saída involuntária pela vagina de um líquido geralmente transparente e sem cheiro.

Sinal: É a saída de uma quantidade pequena de sangue pela vagina, que pode ocorrer antes do início das primeiras contrações do trabalho de parto.

Quando devo ir para a maternidade?

- Quando você estiver sentindo, pelo menos, três contrações no período de meia hora.
- Quando a bolsa-d'água se romper antes de começarem as contrações. (Preste atenção na cor e no cheiro do líquido, porque esta é uma informação importante para orientar os profissionais que vão atendê-la na maternidade).
- Quando tiver sangramento, mesmo sem dor.

O que levar para a maternidade

A mala da mamãe e a do bebê deve estar preparada desde o sétimo mês de gestação.

Na mala da mamãe:

- 1 pacote de absorvente higiênico
- 1 par de chinelos confortáveis
- 2 camisolas de fácil manejo, para a amamentação
- 1 robe
- 4 calcinhas de tamanho maior do que usava antes de engravidar
- 1 roupa para a saída do hospital
- 2 sutiãs
- Produtos de higiene íntima: escova de dentes e de cabelos, shampoo, sabonete, creme dental, toalhas

O que vai acontecer na maternidade?

Depois de dar entrada na maternidade, você vai ser examinada. Vão medir sua barriga, medir a pressão e escutar o coração do bebê. Também vão fazer um toque vaginal para ver se você já tem dilatação (abertura) para o bebê passar.

Será parto normal ou cesariana?

O parto normal é o que toda mulher com saúde deve fazer e é uma vivência profunda para as mulheres. A cesariana só deve ser indicada quando houver problemas com a mãe ou com o bebê. E não precisa se preocupar com a dor, pois existe anestesia para ajudar a controlar a dor no trabalho de parto.

Por que o parto normal é melhor para a mãe?

- A recuperação é mais rápida e a mulher volta a andar logo após o parto
- O risco de infecção é menor
- Há menos riscos de hemorragia
- Após o parto normal, a mulher se sente melhor, o que facilita a amamentação
- A cicatriz da cesariana no útero pode ter consequências em futuros partos
- Por que o parto normal é melhor para o bebê?
- A criança não corre o risco de ser tirada da barriga antes do tempo
- A criança corre menos risco de problemas respiratórios
- O risco de doenças como infecções é menor

- É mais frequente o contato pele a pele e o início da amamentação ainda na sala de parto.

Por que amamentar?

Porque amamentar é dar vida e amor ao seu bebê. Amamentar é dar saúde, é dar alimento, é dar conforto e proteção à sua criança.

Vantagens da amamentação

Para o bebê:

- O leite materno é o alimento ideal para o bebê, satisfaz todas as necessidades dele de água e de alimento até o 6º mês de vida.
- Você não precisa dar água, nem sucos, nem vitaminas, nem qualquer outro alimento até o bebê completar 6 meses.
- A água já existe no seu próprio leite, as vitaminas já estão em quantidade suficiente, por isso você não precisa dar sucos nem suplementos.
- O leite materno é de fácil digestão, não sobrecarrega os rins do bebê, tem alto teor de substâncias que garantem o desenvolvimento do sistema nervoso central, produz ácidos que inibem o crescimento de bactérias intestinais nocivas e possui minerais que proporcionam uma boa reserva de ferro, zinco e cálcio para a criança.
- Seu grau de proteção é único. As crianças amamentadas ao seio têm menor risco de morrer de doenças infecciosas. Isto porque todos os anticorpos que a mãe criou durante toda a sua vida, passam prontinhos pelo leite para defender o bebê. É como se ele estivesse sendo vacinado todos os dias.
- O ato de sugar desenvolve a mandíbula, a dentição, os músculos da face e o bom desenvolvimento da fala.
- A amamentação oferece segurança emocional para o bebê, fortalece a relação afetiva entre mãe e filho, e com isso o bebê tende a ser mais tranquilo e inteligente.

Para a mãe:

- Ajuda o útero a voltar ao normal e diminui a perda de sangue no pós parto.
- Diminui as chances de câncer de ovário, de mama e de útero.
- Ajuda você a voltar ao peso mais rapidamente.
- Protege da osteoporose.

- Funciona como um método natural de planejamento familiar até os seis meses, se o bebê estiver mamando exclusivamente no peito, sem limites de horário, inclusive à noite, e você ainda não tiver menstruado.

Para toda a família:

- É mais econômico mamar no peito! O leite é puro, já está na temperatura certa, já vem pronto, é mais prático em qualquer hora e em qualquer lugar.

Quais os cuidados que devo ter com as mamas?

Amamentar é uma tarefa prazerosa, mas também exige cuidados com as mamas. Os cuidados são:

- O bebê tem de pegar bem o peito, não só o bico, mas também a aréola.
- Se o bico do peito for pouco saliente ou invertido não há problema para a amamentação, apenas deve-se ficar mais atenta à posição do bebê mamar.
- A higiene das mamas deve ser feita só com água.
- É desnecessário o uso de sabonete especial ou de pomadas nas mamas.
- Em caso de rachaduras pode passar o próprio leite materno, porque ele tem ação cicatrizante. Também é bom expor as mamas ao sol, de 10 a 15 minutos por dia.
- O uso do sutiã durante toda a fase de amamentação evita o desconforto das mamas muito cheias e dolorosas que dificultam e podem propiciar inflamação.
- Em caso de mamas muito duras, procure fazer ordenha do leite que promoverá alívio.
- Evite ficar com o sutiã molhado.
- Em caso de problemas procure orientação junto aos profissionais do banco de leite ou posto de coleta mais próximo.

Devo me consultar após o parto?

Sim, é ideal que você procure a Unidade de Saúde e faça esta em até 7 dias após o parto, como é preconizado pelo Ministério da Saúde, porém, essa consulta pode acontecer até 42 dias depois do parto. Nessa consulta será avaliada sua saúde depois do parto, como estão o útero, as mamas, o sangramento, para fazer o planejamento familiar, dar orientações de cuidados, tirar dúvidas e, se for o caso de cesárea ou de corte no períneo, como está a cicatrização.

Referencias Bibliográficas

- 1 - _____. **Calendário de Vacinação da Gestante**. Secretaria Municipal de Ribeirão Preto. Disponível em: < <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/vigep/i16calendario-vac-gestantes.pdf>>. Acesso em: 20 de setembro de 2012.
- 2 - _____. **Imunizações**. Ministério da Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21464>. Acesso em: 20 de setembro de 2012.
- 3 - _____. **Manual da Gestante**. Prefeitura Municipal de São José dos Campos. 2008. Disponível em: < <http://www.sjc.sp.gov.br/media/75723/manual%20da%20gestante.pdf>>. Acesso em: 20 de setembro de 2012.
- 4 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Conversando com a gestante**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.
- 5 - Brasil **Pacto Nacional Pela Redução Da Mortalidade Materna E Neonatal**. Ministério da Saúde. 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35197>. Acesso: 12 de junho de 2011.
- 6 - Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida**. 2 ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006. 84 p.